FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE N° 343

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Tanguy, Hervé KERVRAN

Né le 25 Juin 1943 à Plougonven (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le

HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL DE MEULAN (YVELINES)

Président : Monsieur F. LEPAGE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e^

1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon Père

A ma Mère

A ma Famille

A ma Femme

Qui si gentiment m'a aidé dans
ce travail

A ma Fille

A mes Amis

Avec toute mon affection

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548804_0076

A Monsieur le Professeur F. LEPAGE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse

Qu'il trouve ici l'expression
de notre profonde admiration

A Monsieur le Docteur LE LOUET

Médecin à l'Hôpital de Meulan

Cette thèse a été réalisée
dans son service

Avec nos remerciements sincères
pour son aide et sa gentil-
lesse

Aux médecins de l'Hôpital de Meulan

Avec qui nous avons eu la joie
de travailler

Aux sages-femmes et aux employées
de la Maternité

Qui nous ont accueilli avec
tant de gentillesse

En témoignage de notre amitié

HISTORIQUE ET EVOLUTION
DE L'ACTIVITE DE LA MATERNITE
DE L'HOPITAL DE MEULAN (YVELINES)

-:-

INTRODUCTION

Depuis 1936, huit mille huit cents accouchements ont été effectués à la Maternité de l'Hôpital de Meulan (Yvelines). Le service, qui a eu longtemps une activité modeste, se développe rapidement depuis une douzaine d'années.

Huit mille huit cents observations nous ont semblé constituer un matériel digne d'être exploité malgré les problèmes particuliers que pose l'étude d'archives anciennes, faites au jour le jour, dans des conditions de travail souvent difficiles.

La guerre, en effet, a imposé à l'Hôpital des déménagements répétés. L'activité longtemps réduite de la Maternité s'est obligatoirement développée dans un cadre en quelque sorte "artisanal". De plus, l'insuffisance en équipement et en personnel a exigé beaucoup de chacun et limité le soin qui pouvait être apporté à la rédaction des observations. Celles-ci sont pourtant indispensables pour faire des bilans précis.

°°°

Nous avons essayé, même si c'est parfois de façon un peu approximative, de faire le "point" de la Maternité de l'Hôpital de Meulan. Dans le temps, par un bref historique, dans l'espace, en

la plaçant dans son cadre géographique et démographique, dans le mouvement qui anime l'Obstétrique, enfin, en montrant dans quelle mesure elle a bénéficié des acquisitions de celles-ci et les conséquences de ces acquisitions.

°°°

Notre travail se compose de trois parties :

- Une première donne quelques précisions sur la Maternité. Elle évoque son histoire et sa place au sein de sa région.

- La deuxième cherche à montrer l'évolution des méthodes de travail et les conséquences de celle-ci. Cette partie, pourtant importante, est celle qui a le plus souffert du caractère un peu lacunaire de nos observations. Ce n'est qu'une image approchée de la réalité.

Pour décrire cette évolution nous avons dû diviser les trente trois ans qui vont de 1936 à 1968 en périodes. Nous avons dû renoncer à les choisir de durée égale car elles représentaient ainsi un nombre d'accouchements variant de un à vingt. Nous les avons donc réparties en séquences de deux mille accouchements environ. La première qui s'étend de 1936 à 1949, représente un nombre d'accouchements plus faible, mais nous ne voulions pas la prolonger outre mesure, afin qu'elle reste représentative d'une époque.

Les périodes que nous avons adoptées sont les suivantes :

- 1936 - 1949	931	accouchements
- 1950 - 1959	2.019	"
- 1960 - 1963	2.100	"
- 1964 - 1966	2.057	"
- 1967 - 1968	1.685	"

- La troisième et dernière partie cherche à mettre en évidence une évolution dans les aspects de la natalité de notre région. Elle cherche à montrer, en particulier, l'incidence sur celle-ci, de l'industrialisation récente et rapide du secteur qui a eu pour conséquence l'apport massif d'une population jeune et mobile, particulièrement favorable aux principes de la régulation des naissances, se substituant peu à peu à une population rurale plus âgée et beaucoup plus traditionaliste.

Nous avons utilisé le même découpage en périodes que précédemment.

-:-

HISTORIQUE DE L'HOPITAL

En traversant Meulan, les méandres de la Seine se sont égarés et ont isolé trois petites îles. L'une d'elles abrite le plus ancien quartier de la ville. Un ravissant vieux pont enjambe aisément le bras étroit et peu profond qui la sépare de la rive droite où est bâti le reste de Meulan. Elle est par contre séparée de la rive gauche, sur laquelle s'étend la ville des Mureaux, par le lit principal du fleuve, fort large à cet endroit.

Cette île s'appelle "Le Fort". Un fort s'y trouvait autrefois. Il devait protéger la ville contre les attaques ennemies. Devant ses murs se sont succédés les Normands au IXe siècle, les Anglais pendant la Guerre de Cent ans, et pour la dernière fois, les troupes du duc de Guise à la fin du XVIe siècle.

C'est là qu'est bâti l'hôpital, adossé aux ruines de la paroisse Saint-Jacques, maintenant utilisées comme entrepôts de quincaillerie. Il fait face au centre de la ville dont il est séparé par le petit bras de la Seine. C'est une construction blanche, de style Napoléon III et d'aspect fort modeste. Autour du bâtiment principal se pressent des constructions disparates qui sont la rançon d'agrandissements et de démolitions successives.

Son entrée principale est fermée par une imposante grille de fer forgé. Il était surmonté autrefois par un petit campanile qui renforçait son aspect provincial. Celui-ci a été supprimé par la suite, en raison des importants frais d'horlogerie qu'il imposait à l'hôpital.

Outre cette partie principale, l'hôpital de Meulan comporte plusieurs annexes. L'une abritant le laboratoire, est construite dans l'une des ruelles qui entourent l'hôpital, à quelques dizaines de mètres de celui-ci. Les deux autres sont situées en haut de la ville, sur la rive droite du fleuve, à deux kilomètres, en un lieu appelé les "Annonciades", du nom du couvent appartenant à cet ordre qui y fut fondé par Anne d'Autriche. L'une, provisoire, est actuellement utilisée comme service de Médecine. L'autre est une vieille maison transformée en Hospice.

°°°

Des détails sur la création de l'hôpital de Meulan nous sont rapportés par Monsieur Claude Joseph LEVRIER, Lieutenant général du Baillage et Comté de Meulan de 1741 à 1781. Cet érudit nous révèle qu'en l'an 703 existait la Maison de la Miséricorde de Dieu sous le vocable de Saint-Antoine, fondée par les comtes de Meulan.

La même source nous apprend qu'en 1223, l'Hôtel-Dieu est reconstruit sur l'île du fort. En 1481, ravagé par un incendie, il est transféré au centre de la ville, sur la rive droite de la Seine.

Deux édits de Louis XIV, l'un en 1693, l'autre en 1696, réunissent à l'Hôpital de Meulan,

la Maladrerie d'Avernes d'une part, la Maladrerie de Comtesse aux Mureaux, d'autre part. L'hôpital déménage alors et est installé de nouveau sur l'île du Fort.

Par la suite, il a connu des fortunes diverses dont l'examen sortirait du cadre de cette étude et qui l'ont mené jusqu'en 1936, date à laquelle commence celle-ci.

o°o

Des élections remplacent en 1936 le maire et le conseil municipal de la ville. Le personnel de l'Hôpital est alors profondément remanié.

Des religieuses de l'Ordre de Chartres remplacent une partie de l'ancien personnel civil. La responsabilité des services de Médecine et de Chirurgie est confiée à trois médecins à temps partiel. Trois chirurgiens sont attachés à l'hôpital. Ils s'y rendent lorsque leur présence est nécessaire.

L'hôpital compte alors 75 lits. Ils suffisent largement pour le recrutement de l'époque. Le nombre des journées d'hospitalisation pour 1936 n'est que de 11.646. Ceci donne un taux d'occupation des lits inférieur à 50 %. Pour la même année ont été relevées 509 entrées.

o°o

Pendant la seconde guerre mondiale, le fonctionnement de l'hôpital a été précaire. Dès le mois de septembre 1939, une grande partie du personnel médical et du personnel soignant a été mobilisée.

En mai 1940, en raison de l'avance de l'ennemi, un ordre municipal fait évacuer et fermer l'hôpital. Les malades dont l'état le permet doivent rentrer dans leurs foyers, les autres sont évacués par train et par camions, une partie à Blois et l'autre en Vendée.

Mais sous l'occupation, la vie reprend progressivement à l'Hôpital de Meulan.

En juin 1944, peu après le débarquement des Alliés, les Allemands font de nouveau évacuer l'Ile du Fort qu'ils veulent rendre à sa vocation première, celle de verrou stratégique.

Les malades de chirurgie sont alors évacués vers l'Hôpital de Pontoise. Œux de médecine sont entassés dans les divers locaux situés aux Annonciades. L'annexe n'étant pas encore construite à cette époque, leur installation est fort précaire.

En août 1944, l'Hôpital peut réoccuper ses locaux.

°°°

Avec le retour de la paix, l'activité reprend. Une organisation s'impose de nouveau.

Les malades de l'Hospice sont réunis, dans un local aménagé pour les recevoir, aux Annonciades.

Les responsabilités médicales sont partagées entre :

- deux médecins à temps partiel
- un radiologue à temps partiel
- un chirurgien à temps partiel.

Les soins sont assurés par les religieuses et pour la Maternité, par une sage-femme.

Par la suite, l'hôpital est agrandi de nouveau. Le nombre de lits de maternité est accru. Un bâtiment est construit aux Annonciades pour recevoir provisoirement les malades de Médecine. Un laboratoire est créé. Pour répondre à ces nouveaux besoins, le personnel est accru.

En 1968, l'Hôpital compte 298 lits répartis de la façon suivante :

- Médecine 94
- Chirurgie 81
- Maternité 30
- Hospice 93

298 lits au total

Le coefficient d'occupation de ces lits est de 81 %.

°°°

Le plaisir que nous éprouvons à écrire l'histoire de cette maison ne doit pas nous faire taire les réalités.

Malgré ces rénovations et ces réorganisations successives, l'Hôpital de Meulan en 1968 est un établissement trop vieux, mal équipé, et surtout déchiré par une plaie de deux kilomètres entre ses services de Médecine et de Chirurgie et Maternité.

Il est probablement moins adapté à la consommation hospitalière de 1968 qu'il ne l'était à celle de 1936.

-:-

EVOLUTION DE LA MATERNITE

Equipement, personnel, activité

La Maternité de Meulan qui en 1968 a vu naître 875 enfants, n'est pas très ancienne.

Nous avons peu de renseignements sur ses origines. Nos seules sources sont les comptes rendus de délibération du conseil d'administration (les plus anciens datent du XVIIe siècle), et les cahiers de commande de l'économat.

Sur ces documents nous relevons peu de choses. En 1920, un paragraphe étudie le problème des honoraires devant être versés au médecin de l'hôpital pour les accouchements d'indigents. En 1923 est déposée une demande d'achat de Basiotribe. En 1926 et 1929 sont étudiés des projets d'installation du service de maternité d'une part, des salles d'accouchement d'autre part, mais nous ne savons pas s'il s'agit du remaniement d'un service préexistant ou d'une création. Par la suite nous ne trouvons pas de renseignements concernant l'exécution de ces projets.

Des bilans de fin d'année révèlent qu'en 1932, 28 enfants sont nés à l'hôpital, en 1934, 26, en 1935, 47. D'autre part, divers documents et des témoignages oraux nous apprennent qu'un

service de Maternité existe et est bien individualisé au sein de l'hôpital avant 1936.

On est en droit de penser que des accouchements sont pratiqués à l'hôpital de Meulan depuis bien longtemps, surtout pour les femmes les plus pauvres, mais que ce n'est que très tardivement (entre 1920 et 1936) et très progressivement qu'une partie des locaux de l'Hôpital a été consacrée à cet usage.

Peu avant 1936, la Maternité n'était qu'un minuscule service qui comportait un dortoir de six lits et une salle de travail. Le chef de service était un médecin généraliste à temps partiel, qui en même temps avait la responsabilité d'autres services de l'Hôpital. Aucune sage-femme n'était alors attachée à la Maternité et les soins infirmiers étaient assurés par le directeur de l'Hôpital.

En 1936, à la suite de profonds remaniements intervenus dans l'administration et le personnel de l'hôpital, est créé un poste de sage-femme à temps partiel. Celle-ci travaille en collaboration avec deux médecins qui assurent en même temps la direction des autres services. Outre la sage-femme, le personnel de la Maternité est fort réduit. Deux employées, l'une de jour, l'autre de nuit, assurent les soins et l'entretien tout au long de l'année.

Les locaux se répartissent de la façon suivante : un dortoir de six lits, deux chambres particulières partagées avec le service de chirurgie, une salle de travail comprenant trois lits : deux lits pour les parturiantes et un pour la veilleuse.

Les témoignages des employées les plus anciennes nous permettent d'apprécier grossièrement les

conditions de travail à la Maternité en 1936.

Celle-ci, comme le reste de l'Hôpital, bénéficiait du chauffage central.

La distribution de l'eau était beaucoup plus sommaire. Pour toute la Maternité n'existait qu'une seule prise d'eau, située sur le palier et ne donnant que de l'eau froide.

Il n'était pas question de circuit d'eau stérile. Les soins étaient pratiqués avec de l'eau bouillie aux cuisines, et montée dans le service par des employées munies de brocs.

Le réchauffement des enfants prématurés et débiles se faisait en les plaçant dans du coton cardé.

Le matériel de la salle de travail n'était pas très encombrant : la Maternité ne possédait pas de forceps. Les médecins apportaient leur propre instrument. Elle possédait cependant quelques pinces de Kocher, quelques pinces de Péan, un basiotribe, un tube d'Ombredanne. Pour les ligatures étaient utilisés des brins de coton achetés en mercerie et stérilisés dans de l'alcool. Les lits de travail étaient en tous points semblables à ceux du dortoir et nullement destinés à cet usage.

A cette époque, la durée d'hospitalisation après l'accouchement était un peu plus longue qu'actuellement. Elle variait entre douze et quatorze jours.

Les frais, comme aujourd'hui, étaient pris intégralement en charge par les Assurances sociales.

De 1936 à 1956, la Maternité ne s'est guère

modifiée. En 1954 cependant, on note l'achat du premier incubateur.

En 1956 en revanche, le service est entièrement transformé. Le nombre des lits est porté à quatorze. L'ancienne salle de travail est rénovée. Un second incubateur est installé.

En 1957 est mis en place un enseignement préparatoire à "l'accouchement sans douleur".

En 1962, de nouvelles transformations sont effectuées. Le nombre de lits est porté à vingt quatre, dont vingt répartis dans des chambres à un ou deux lits et quatre dans un petit dortoir. Des adductions d'oxygène et d'eau stérile sont installées.

Le personnel est alors augmenté : trois sage-femmes dont une surveillante, quatre aides soignantes et quatre femmes de chambre.

En 1966 est acheté le troisième incubateur.

En 1967, le service est de nouveau modifié. Le nombre des lits est porté à trente. Le personnel est remanié. Le poste de chef de service est pris par un gynécologue accoucheur à temps partiel. Le nombre des sage-femmes est porté à cinq, dont une surveillante. Le personnel est augmenté : onze aide-soignantes et dix femmes de chambre. Un poste d'interne est créé. La construction d'un étage de gynécologie de huit lits, faisant partie du service, est entreprise. Les travaux doivent être livrés au début de l'année 1969.

ORGANISATION ACTUELLE DU SERVICE

EQUIPEMENT :

30 lits répartis en :

- 1 dortoir de 10 lits
- 1 dortoir de 4 lits
- 6 chambres à 2 lits
- 4 chambres à 1 lit

1 bloc salle de travail comprenant :

- 2 salles d'accouchement
- 1 salle d'instruments et de réanimation

4 Box d'enfants dont :

- 3 box pour les enfants de poids normal
- 1 box pour les prématurés comprenant 3 incubateurs et 3 berceaux

1 biberonnerie

1 office

1 Bureau du chef de service

1 Bureau de surveillante

1 chambre de garde pour les sage-femmes

MATERIEL :

- Circuit d'oxygène alimentant les salles de travail, trois chambres, le box des prématurés, un box d'enfants

- Circuit de vide en salles de travail
- Trois incubateurs (M.M.S.)
- Un respirateur artificiel type "Celog".

PERSONNEL :

- 1 gynécologue accoucheur chef de service
- 1 sage-femme surveillante assurant un service de jour quotidien
- 5 sage-femmes assurant par roulement un service de 29 heures, ce système permettant de 9 h à 14 h la présence de deux sage-femmes dans le service
- 1 interne
- 10 aide-soignantes dont 4 attachées aux soins des enfants
- 6 femmes de chambre

Par ailleurs la Maternité bénificie

- de l'équipe d'anesthésie de l'Hôpital (un médecin anesthésiste et trois infirmières anesthésistes)
- d'un pédiatre venant sur appel
- de différents médecins spécialistes, attachés à l'hôpital, venant sur appel (cardiologue, ophtalmologiste, O.R.L., pneumologue)

UTILISATION DU SERVICE EN 1968 :

- Nombre d'accouchements : 875 (fig. 1)
- Nombre de journées d'hospitalisation (1) : 8479
- Nombre d'admissions (1) : 895
- Coefficient d'occupation des lits (1) : 77 %

---

(1) Une correction difficile à apprécier doit être apportée à ces chiffres. Pour des raisons administratives, les femmes entrant à la Maternité pour mise en observation sont enregistrées en médecine, et celles qui entrent pour des problèmes gynécologiques le sont en chirurgie. Tous ces chiffres sont donc inférieurs à la réalité.

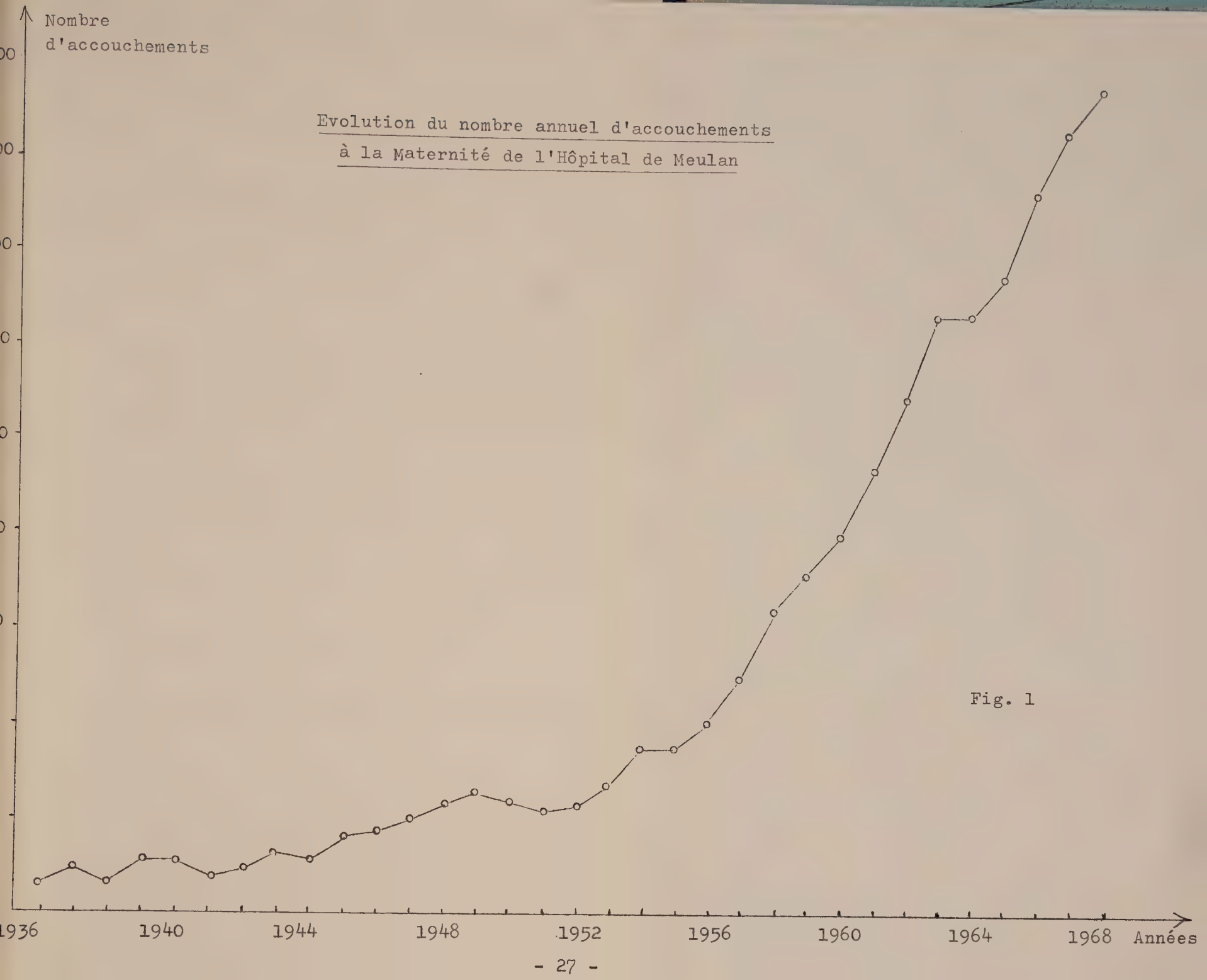

Nombre
d'accouchements
Evolution du nombre annuel d'accouchements
à la Maternité de l'Hôpital de Meulan
1936
1940
1944
1948
1952
1956
1960
1964
1968
Années

Fig. 1

ENVIRONNEMENT OBSTETRICAL

DE LA MATERNITE

A cheval sur les départements des Yvelines et du Val d'Oise, le secteur de l'hôpital de Meulan couvre une surface d'à peu près 100 km^2. Il représente une population de 63.000 habitants environ, répartie sur 29 communes.

Les coutumes locales ont fortement intriqué ses régions marginales avec les secteurs des hôpitaux voisins : Pontoise, Poissy, Mantes la Jolie, St-Germain en Laye (Fig. 2).

Pour notre secteur l'armement en lits de maternité est le suivant :

- Meulan : 30 lits
- Hardricourt : 6 lits privés

Les villes périphériques drainent certainement une partie de la population :

. Maternités du secteur public :

- Centre hospitalier de St-Germain-en-Laye ..... 65 lits
- Centre hospitalier de Poissy ..... 34 lits
- Hôpital de Mantes-la-Jolie ..... 51 lits

. Maternités du secteur privé :

- Saint-Germain-en-Laye ..... 23 lits
- Mantes la Jolie ..... 15 lits
- Poissy ..... 15 lits
- Conflans Ste-Honorine ..... 27 lits
- Maisons Laffitte ..... 30 lits
- Sartrouville ..... 16 lits
- Houilles ..... 16 lits
- Chatou ..... 24 lits
- La Celle St-Cloud ..... 20 lits

Le nombre de sages-femmes dans le secteur libre, en éliminant celles qui travaillent dans les hôpitaux ou cliniques, est, pour les arrondissements de Mantes-la-Jolie et Saint-Germain-en-Laye, de 25 environ.

Il semble que peu parmi celles-ci effectuent encore des accouchements à domicile, du moins en nombre appréciable.

-:-

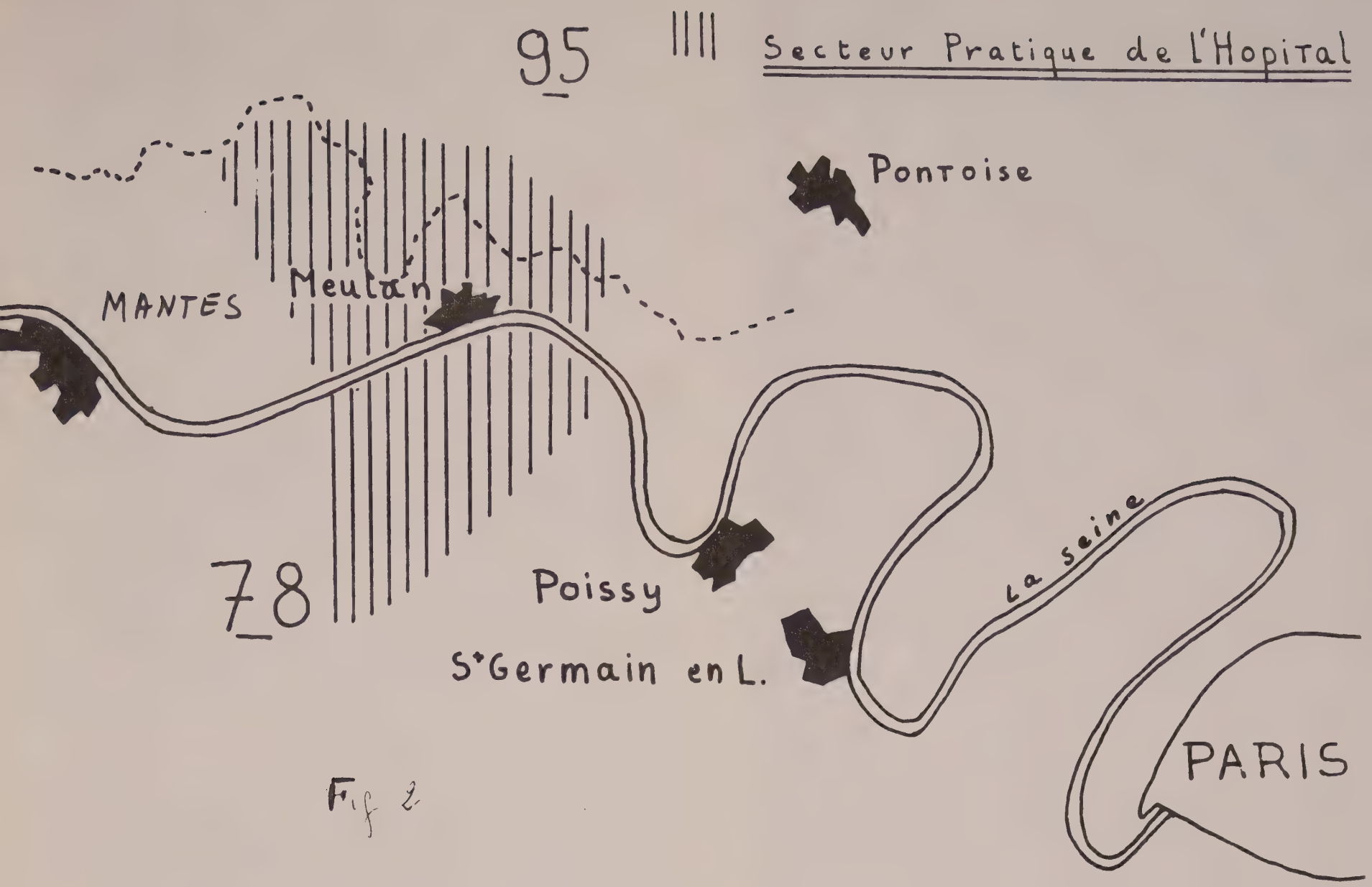

95
Secteur Pratique de l'Hopital
Pontoise
MANTES
Meulan
78
Poissy
S^t Germain en L.
La Seine
PARIS
1 cm = 2 km
0
1
10

Fig 2

ESSOR DEMOGRAPHIQUE DE LA REGION DE MEULAN

Aspects sociaux

Notre région, s'étendant de part et d'autre de la vallée de la Seine, à quelques dizaines de kilomètres en aval de Paris, connaît depuis la guerre un essor démographique considérable dont nous analyserons les causes et les conséquences.

Nous verrons ensuite un point particulier qui est la généralisation de l'accouchement en milieu obstétrical dans une région où la règle était, avant la guerre, d'accoucher à domicile.

°°°

L'étude du lieu d'origine des femmes accouchant à la Maternité montre que le secteur de l'hôpital englobe vingt neuf communes environ. Son étendue n'a pas varié depuis 1936. Sa population a, par contre, presque triplé. Aux divers recensements nous notons pour l'ensemble des vingt neuf communes les chiffres de population suivants :

- 1936 ..... 22.800 habitants
- 1946 ..... 23.000 "

- 1954 ..... 29.700 habitants
- 1962 ..... 48.600 "
- 1968 ..... 62.500 "

Cette expansion démographique ne s'est pas faite de façon homogène. L'agriculture, qui autrefois prédominait, a été remplacée par une industrie en plein essor. Cette substitution a provoqué un déplacement de la population.

Autrefois, celle-ci était distribuée de façon homogène sur l'ensemble de la région. Seules Meulan et Les Mureaux, avec respectivement 3.400 et 5.000 habitants, faisaient figure de grandes villes.

Aujourd'hui Meulan a une population à peine supérieure et les campagnes se sont clairsemées au profit de quelques agglomérations qui se sont développées rapidement. Les Mureaux compte, en particulier, à l'heure actuelle, 20.000 habitants.

En 1968, 75 % de la population réside dans des communes de plus de 2.000 habitants, contre 37 % en 1936. Par ailleurs, si nous examinons la population aux divers recensements de quelques unes de ces communes qui ont moins de 2.000 habitants en 1968, nous voyons qu'elles ne se développent guère, ou même, dans certains cas régressent.

L'industrialisation a eu trois conséquences essentielles :

- Un afflux de couples jeunes, aux revenus souvent moyens
- Cette population a apporté avec elle des coutumes nouvelles : travail à l'extérieur

de la femme, adhésion aux principes de la régulation des naissances, haute consommation médicale, usage dans quelques cas du tabac chez les femmes.

- Par ailleurs le taux des travailleurs étrangers s'est accru considérablement. L'évolution du pourcentage de ceux-ci est difficile à apprécier car l'émancipation des anciennes colonies françaises a modifié à plusieurs reprises le sens de ce terme. Nous pouvons dire cependant qu'entre 1936 et 1943, un trentième des femmes qui accouchaient à la Maternité étaient étrangères. Entre 1965 et 1968, la proportion est de un huitième.

o°o

La population de la ville de Meulan ne s'est accrue que de 20 % depuis 1936, tandis que celle de l'ensemble du secteur a triplé.

Par contre, le nombre des naissances déclarées à la mairie de Meulan a décuplé tandis que celui des naissances déclarées dans l'ensemble des mairies des autres communes est le dixième de ce qu'il était en 1936.

Si l'on considère que l'Hôpital est le seul établissement obstétrical de la ville, on constate que cette évolution est due uniquement à la généralisatiln de l'accouchement en milieu obstétrical. Nous pouvons évaluer qu'en 1936 un enfant sur cinq naissait à l'hôpital. En 1968, un sur vingt n'y est pas né.

o°o

La situation privilégiée de notre région, autrefois uniquement agricole, a provoqué sa mutation industrielle. Meulan qui était autrefois la petite capitale d'un vaste domaine rural n'est plus qu'une ville endormie, animée seulement le lundi matin par un important marché, souvenir de sa puissance d'autrefois. Son ancien environnement agricole reste étendu mais on peut prévoir que son importance, maintenant réduite, va encore s'atténuer dans les années à venir.

Ce changement radical de la population et de ses moeurs pourra expliquer certains aspects de l'évolution pondérale du nouveau-né et de la mortalité foeto-infantile, que nous verrons ultérieurement.

-:-

EVOLUTION DES METHODES D'EXTRACTION DEPUIS 1936

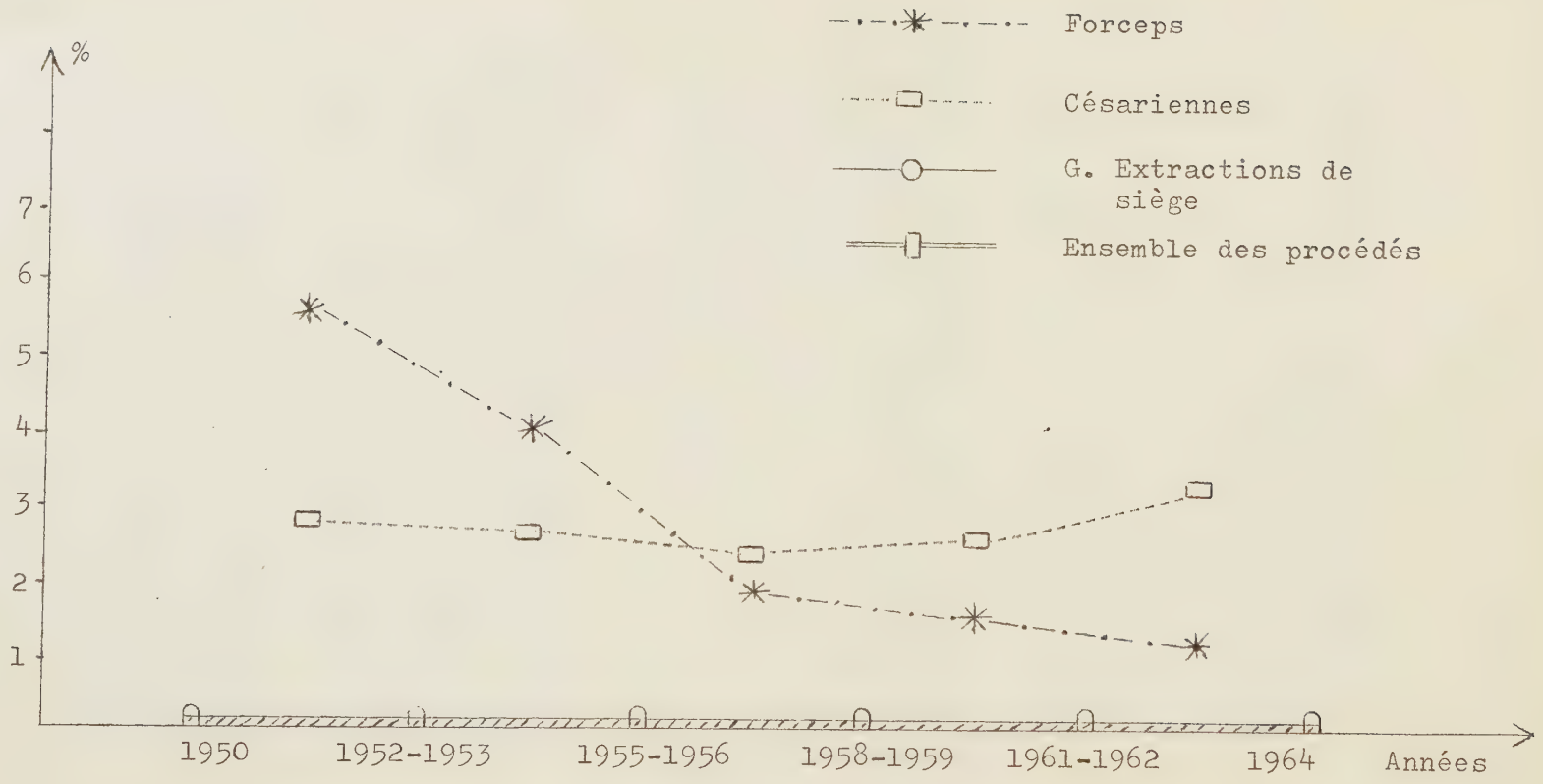
Entre 1936 et 1968, l'utilisation des diverses méthodes d'extraction a beaucoup évolué.

La découverte de la Pénicilline et sa commercialisation en France à la fin de la dernière guerre, ainsi que les progrès de l'anesthésie ont permis à l'intervention dangereuse pour la mère qu'était la césarienne de se transformer en une intervention certes majeure, mais offrant une bonne sécurité. Les antibiotiques ont, en particulier, rendu possible la pratique de celle-ci après rupture de la poche des eaux et ont, de ce fait, apporté à l'obstétrique un élément nouveau de grand intérêt : l'épreuve du travail.

Ce développement de la césarienne s'est fait au détriment des autres manoeuvres, souvent traumatisantes pour l'enfant. La grande extraction de siège qui, au début de cette étude, était pratiquée avec une certaine fréquence, ne représente plus en 1968 qu'une faible proportion des procédés d'extraction. Le forceps a vu ses indications premières se restreindre, mais de nouvelles sont apparues par la suite.

Ce fait qui a été largement étudié dans les grands services, ne l'a pas été beaucoup ailleurs. Notre étude cherche à montrer dans quelle mesure il a pénétré dans la pratique obstétricale quotidienne de notre pays.

o°o



Détail du croisement des courbes des césariennes et des forceps

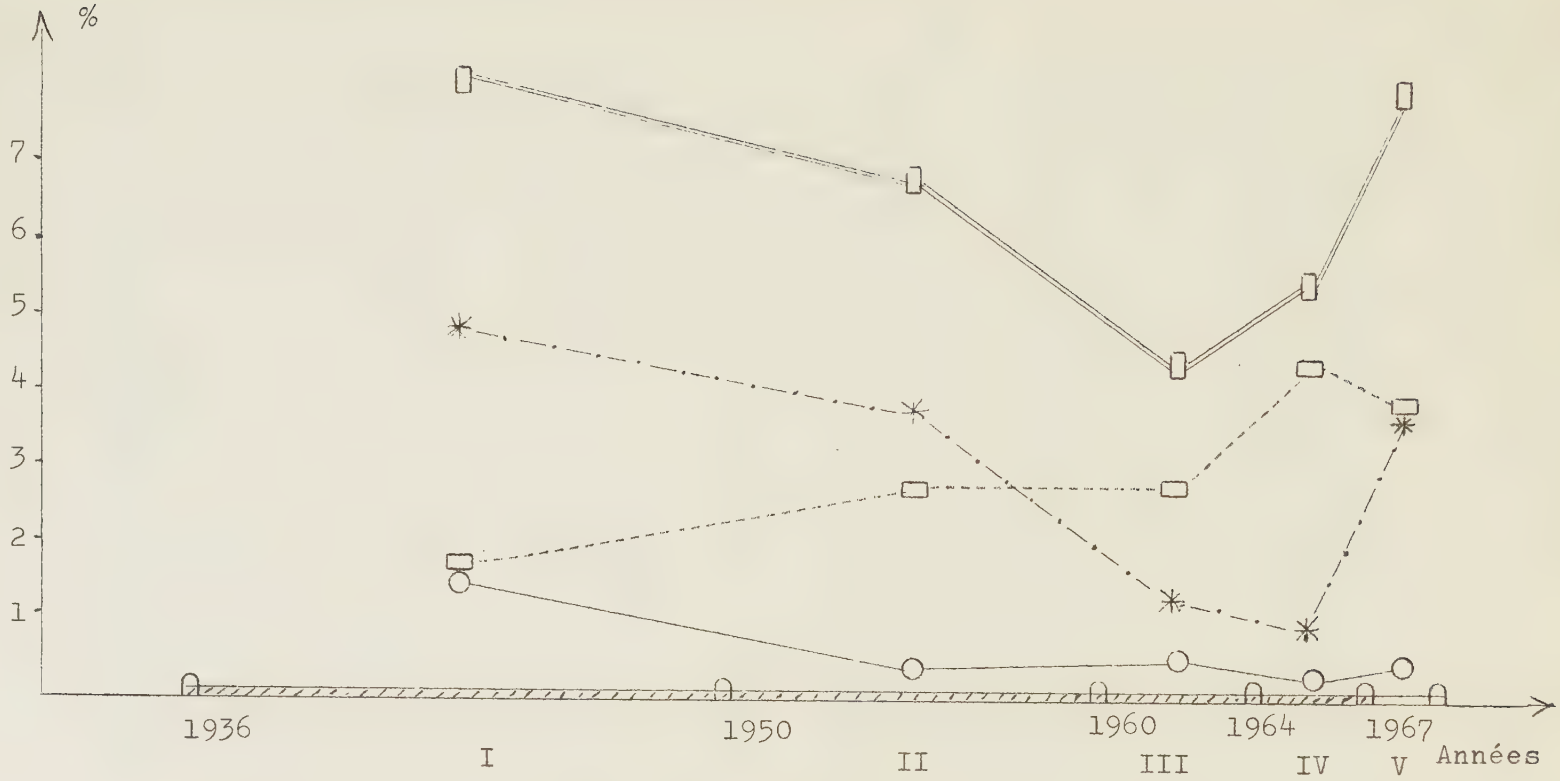


Fig. 3 - Evolution des procédés d'extraction depuis 1936

L'aspect général de la courbe représentant les césariennes nous montre que de 1936 à 1968 le taux de celles-ci a plus que doublé. Cet accroissement ne s'est pas fait de façon homogène (fig. 3).

Entre les périodes 1936-1949 et 1950-1959, le taux des césariennes est passé de 1,5 % des accouchements à 3 %. A l'intérieur de ces périodes, les courbes annuelles nous montrent que c'est entre 1944 et 1947 que cet accroissement a été le plus rapide.

De 1959 à 1963 le taux s'est maintenu aux alentours de 3 %. A partir de 1963 par contre, on note un nouvel essor de la césarienne puisque son taux passe de 3 à 4,5 %.

A partir de 1967, on note une deffervescence. Le taux n'est plus pour les années 1967-1968 que de 3,8 %.

La technique opératoire utilisée au début de cette étude est celle de l'incision corporéale. Par la suite a été utilisée l'incision segmentaire. Le changement de méthode se situe entre 1946 et 1947.

L'étude graphique de la variation du taux des forceps depuis 1936 nous donne une courbe d'aspect diphasique. La proportion d'accouchements se terminant par un forceps varie de la façon suivante : (fig. 3)

- de 1936 à 1949 ..... 5 %
- de 1950 à 1959 ..... 3,5 %
- de 1960 à 1963 ..... 1,2 %
- de 1964 à 1966 ..... 0,8 %

En 1966, on pratique six fois moins de forceps qu'en 1936. A partir de 1967, la variation est inverse. Pour 1967-1968, les forceps représentent le mode de terminaison de 3,6 % des accouchements. Ce chiffre est supérieur à celui de la période 1950-1959. Il est quatre fois plus grand que celui de la période 1964-1966.

Le forceps le plus fréquemment utilisé à la Maternité est celui de Tarnier. Accessoirement il s'agit de celui de Démelin.

Le taux des grandes extractions de siège reste, tout au long de cette étude, très bas. Il représente (fig. 3) :

- de 1936 à 1949 : 1,5 % des accouchements
- de 1950 à 1959 : 0,4 %
- de 1960 à 1963 : 0,4 %
- de 1964 à 1966 : 0,2 %
- de 1967 à 1968 : 0,4 %

De 1936 à 1966, nous notons une diminution régulière de l'utilisation de ce procédé. A partir de 1966, au contraire, une très légère augmentation.

Nous avons considéré toutes les grandes extractions de siège, qu'elles soient ou non précédées de version, qu'il s'agisse d'enfants vivants, ou d'enfants morts in utero ou en cours de travail.

La technique d'extraction par le "Vacuum extractor" n'a jamais été utilisée à la Maternité de Meulan.

Nous n'avons pas considéré dans cette étude l'évolution de la pratique des épisiotomies,

d'une part parce que ce sont des interventions mineures en regard des précédentes, d'autre part parce qu'il ne nous a pas semblé qu'elles aient été relevées de façon constante sur nos observations.

°°°

Si nous examinons le graphique (fig. 3), nous voyons que les courbes des forceps et des césariennes se croisent. Pour situer avec plus de précision le point de croisement, nous avons établi entre 1950 et 1965 une étude par périodes de trois ans. Ceci permet de situer le point de rencontre entre 1955 et 1959. Ce croisement se fait surtout grâce à la diminution du taux des forceps.

Entre 1966 et 1968 on constate que les deux courbes se rejoignent de nouveau. C'est surtout l'augmentation du taux des forceps qui est ici responsable de la rencontre.

La courbe représentant l'évolution de la somme des trois modes d'extraction présente un aspect diphasique. La proportion des accouchements se terminant par une intervention par rapport à l'ensemble de ceux-ci est la suivante :

- de 1936 à 1949 : 8 %
- de 1950 à 1959 : 6,8 %
- de 1960 à 1963 : 4,3 %
- de 1964 à 1966 : 5,4 %
- de 1967 à 1968 : 8 %

Le point à partir duquel la pente de la courbe change de signe se situe entre 1960 et 1963.

°°°

Ces changements dans les méthodes d'extraction répondent à des impératifs que nous allons tenter d'analyser.

Malgré les inconvénients qu'elle présente (altération de la qualité du muscle utérin, traumatisme de l'enfant, préjudice esthétique, désagrément des suites opératoires), la césarienne est la seule intervention qui permette la naissance d'un enfant avant dilatation complète et sans accommodation.

Toutes les fois qu'existe une disproportion foeto-pelvienne, l'accouchement par voie basse, quelle que soit la méthode utilisée, impose au foetus une accommodation très dangereuse. Seule la césarienne, toutes choses égales d'ailleurs, permet de l'éviter.

Toutes les fois que la présence du foetus dans l'utérus de la mère devient indésirable, pour l'un ou pour l'autre de façon pressante, seule la césarienne permet une extraction rapide avant dilatation complète.

Pour ces raisons, dès que les progrès de l'anesthésie et l'apparition des antibiotiques ont permis de minimiser ses dangers, celle-ci s'est imposée comme un élément indispensable de l'obstétrique.

Dès que cela a été possible, c'est-à-dire dès la fin de la guerre, grâce à la commercialisation de la pénicilline, on constate une augmentation rapide du taux des césariennes.

A partir de 1966, on note un fléchissement de ce mouvement. Il semble que les inconvénients de celle-ci soient reconsidérés. Dans notre étude en particulier, il semble que l'on y re-

nonce lorsque les enfants, par leur poids ou leur terme nettement insuffisants, présentent des chances de survie trop faibles.

La parcimonie avec laquelle on recourait à la césarienne en 1936 faisait que le forceps avait à résoudre la majeure partie des problèmes de dystocie. Il était alors utilisé aussi bien au détroit supérieur qu'à la partie basse, tant en occipito-pubienne qu'en occipito sacrée. Ces interventions habituellement difficiles étaient dangereuses, non seulement à cause de la prise de forceps elle-même, mais aussi en raison de l'accommodation rapide et traumatique qui était imposée à l'enfant.

Dès que la césarienne est devenue possible, elle a remplacé ces forceps "acrobatiques".

A partir de 1966, de nouvelles indications apparaissent qui expliquent l'aspect de nouveau ascendant de la courbe. Les forceps sont de nouveau utilisés volontiers, en cas de fatigue maternelle, pour abréger des expulsions qui traînent et qui pourraient devenir dangereuses pour l'enfant. Ils sont utilisés aussi pour hâter l'expulsion d'un enfant dont la mort est certaine, afin d'épargner cette épreuve à la mère.

Le taux des grandes extractions est dans l'ensemble peu élevé. Entre 1936 et 1949, on faisait pourtant autant de grandes extractions que de césariennes. Par la suite, leur taux a diminué rapidement.

Les indications majeures de la grande extraction sont au début de notre étude, les transverses, les deuxièmes jumeaux et dans certains cas, les enfants morts. En ce qui concerne les

deuxièmes jumeaux et les enfants morts, la situation n'a guère changé. Pour les transverses, le problème est différent : autrefois elles ne pouvaient être césarisées qu'avant la rupture de la poche des eaux. Or, bien souvent il s'agissait de femmes dont le travail était suivi en ville, dans des conditions très difficiles. Fréquemment, elles arrivaient à la Maternité avec une poche des eaux rompue déjà depuis longtemps et quelquefois une procidence de la main. Les risques septiques ne permettaient plus la voie haute et la grande extraction n'était alors pratiquée que pour épargner la vie de la mère.

Actuellement les transverses sont toujours césarisées si l'enfant est vivant, sauf si ses chances de survie sont trop aléatoires.

Nous avons vu que la courbe de l'ensemble des procédés d'extraction présentait un aspect diphasique, descendant jusqu'à 1960-1964, puis ascendant ensuite. Ces deux mouvements n'ont pas du tout la même valeur. Au cours de la première période, nous assistons à la diminution du taux des interventions majeures, forceps à la partie haute et grandes extractions, diminution qui se fait plus vite que l'augmentation du taux des césariennes. L'aspect ascendant de la deuxième partie de la courbe est dû, au contraire, au développement des forceps pratiqués à la partie basse, en occipito pubienne, qui sont en principe des forceps faciles, joint à celui des césariennes.

o°o

La césarienne, intervention privilégiée par ses importants avantages, est le grand vainqueur de l'évolution des procédés d'extraction depuis 1936.

Le forceps a perdu beaucoup de ses anciennes indications mais en a trouvé de nouvelles et connaît dans notre étude un regain de faveur.

La grande extraction de siège, déjà peu utilisée au début de cette étude, n'a plus que des indications d'exception.

-:-

THERAPEUTIQUES - EVOLUTION

Nous n'aborderons ici que les thérapeutiques médicamenteuses.

Nous souhaitions exposer en détail l'évolution des thérapeutiques obstétricales depuis 1936. A l'usage, cela s'est avéré impossible en raison du manque de précision de nos observations. Cet exposé est donc réduit au minimum.

Depuis 1936 sont peu à peu apparus sur le marché un grand nombre de produits pharmaceutiques. Nous comparerons leur date de commercialisation (d'après l'I.M.S.) avec celle de leur première utilisation à Meulan.

Ce chapitre étant une longue énumération, nous l'avons mis sous forme de tableau.

o°o

Famille thérapeutique	Nom du produit	Date commercialisation	Date lère utilisation à Meulan
OCYTO-CIQUES	Post-hypophyse	25	36
	Retropituine	?	42
	Spartéine	10	47
	Ocytocine	53	55
	Syntocinon	58	60

Famille thérapeutique	Nom du produit	Date commercialisation	Date lère utilisation à Meulan
ANTISPASMODIQUES	Spasmalgine	34	43
	Atropine	10	54
	Buscopan	54	60
	Spasmavérine	50	61
	Palérol	61	64
	Diaspasmyl	61	64
	Spasfon	64	66
	Viscéralgine	63	66
	Dilavacol	66	68
UTERO RELAXANTS	Duvadilan	60	68
ANTALGIQUES	Morphine	1870	1936
	Dolosal	1939	1953
	Algicônes	42	56
	Salgydal	47	62
	Sedol	50	65
DERIVES DE L'ERGOT DE SEIGLE	Ergotine	?	37
	Gynergène	27	37
	Methergin	53	61
CURARISANTS	Flaxedil	49	60
SEDATIFS	Largactil	52	54
	Phenergan	48	60
	Equanil	58	64
	Atarax	66	67
SULFAMIDES	Rubiazol	35	39
	Dagenan	38	42
	Thiazomide	41	46
	Rufol	48	50
	Sultirène	58	60

Famille thérapeutique	Nom du produit	Date commercialisation	Date lère utilisation à Meulan
ANTIBIOTIQUES	Penicilline	42	48
	Streptomycine	49	54
	Tifomycine	50	54
	Terramycine	53	66
	Bipénicilline	54	54
	Flabelline	61	65
ANTICOAGULANTS	Synkavit	44	52
	Héparine	49	50
ANTI-HEMORRAGIQUES	Tromexane	50	59
	Vitamine K1	55	62
	Hémocaprol	63	66
	Diamox	56	62
	Diurilix	59	66
	Lasilix	65	66

EVOLUTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE

L'obstétrique a beaucoup évolué depuis 1936. Dans les grands services, où des bilans sont dressés régulièrement, il est bien connu que ce fait se traduit par une diminution de la mortalité maternelle et infantile.

Dans les maternités d'intérêt local, l'obstétrique a évolué également, bien que ce soit quelquefois avec un certain retard et un décalage important dans la richesse des moyens.

Notre propos est de voir si cette évolution a eu le même retentissement sur la mortalité qu'ailleurs.

°°°

Nous étudierons successivement :

- la mortalité maternelle : elle concerne toutes les femmes décédées à la maternité entre le sixième mois de la grossesse et le neuvième jour suivant l'accouchement ;

- la mortalité périnatale (1), qui concerne l'enfant et s'étend du sixième mois de la grossesse au neuvième jour inclus suivant l'accouchement ;

- la mortinalité : elle s'étend du sixième mois de la grossesse à la fin de l'expulsion. Elle comprend les enfants qui, bien qu'ayant présenté des battements cardiaques à la naissance n'ont pu être réanimés ;

- la mortalité néo-natale précoce, concernant tous les enfants qui, ayant respiré, sont décédés avant le 10ème jour.

°°°

De nombreuses critiques préalables s'imposent :

A l'époque où commence notre étude, une très grande proportion d'accouchements était effectuée à domicile. Certains aboutissaient sans doute à la mise au monde d'un enfant mort ou moribond.

Le délai moyen d'hospitalisation étant de neuf jours après l'accouchement, nous n'avons pas de nouvelles des enfants au-delà de cette date.

Certains enfants dont l'état est particulièrement alarmant sont transférés dans des services de pédiatrie ou des centres de prématurés.

---

(1) Nos définitions sont adaptées à la durée d'hospitalisation dans notre service qui est de 9 jours.

Pour l'O.M.S. : du 180ème jour de la grossesse au 6ème jour suivant l'accouchement.

Souvent nous n'avons pas de renseignements sur leur devenir, soit que nous n'en ayons pas reçu de nouvelles, soit que celles-ci n'aient pas été transcrites sur les observations.

Une proportion non négligeable de femmes n'accepte pas de rester neuf jours à la maternité et signent leur sortie. Nous ne connaissons dans ce cas ni le devenir de la mère, ni celui de l'enfant.

En raison de l'imprécision sur le terme de nombreuses grossesses lors de l'accouchement, un certain nombre d'enfants sont considérés comme mort-nés alors que le terme de six mois n'est pas atteint et qu'il s'agit en fait, d'avortements.

Outre ces erreurs inévitables, en ont été commises d'autres par défaut de consignation de certains décès sur les observations.

Nous avons en effet trouvé dans certains cas des chiffres très inférieurs à ceux que nous avons pu relever dans d'autres travaux.

Ce décalage peut s'expliquer de la manière suivante :

les grands services recueillent de nombreux cas difficiles qui leur sont envoyés par des établissements périphériques, tandis que notre maternité a un recrutement presque uniquement local. Il est donc logique que leur mortalité soit supérieure à la nôtre. Ce phénomène peut-il expliquer toute la différence ? Nous ne le pensons pas.

Malgré ces approximations, nous avons pensé pouvoir étudier l'évolution de la mortalité car

il est probable qu'elles se reproduisent d'une période à l'autre et restent très inférieures aux variations que nous constatons.

°°°

En ce qui concerne la mortalité maternelle nous notons deux décès depuis 1936.

Le premier a eu lieu en 1939. Il s'agissait d'un placenta praevia central, avec présentation du siège, chez une quatrième pare. Il avait été pratiqué par voie transplacentaire une grande extraction de siège suivie de délivrance artificielle. Bien que les suites de l'intervention n'aient pas semblé particulièrement hémorragiques, la femme a fait dans les heures qui ont suivi un choc irréversible.

Le second survint en 1965. Il s'agissait d'une sixième pare de 36 ans chez qui avait été pratiquée une césarienne pour défaut d'engagement et signes de souffrance foetale. Les suites opératoires immédiates ont été marquées par un collapsus résistant à la réanimation.

Ceci représente une mortalité de 0,22 p. 1000.

Le taux habituellement admis est de 1 p. 1000. Bien que des témoignages oraux nous aient confirmé la réalité de ces deux décès et l'existence d'aucun autre, on doit être réservé dans l'acceptation de ce chiffre.

°°°

L'étude de la mortalité infantile nous montre pour l'ensemble des années de 1936 à 1968 :

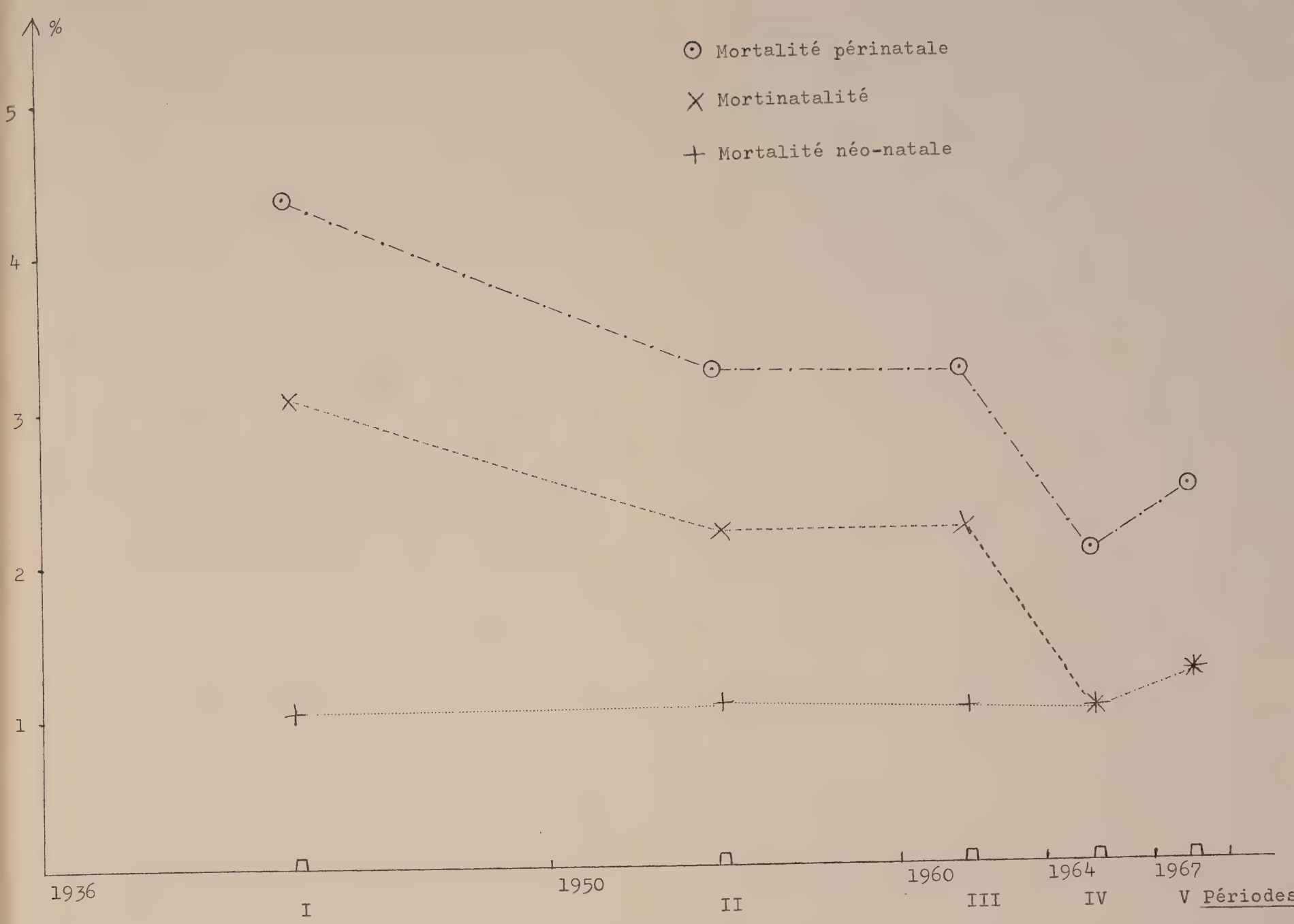


Fig. 4 - Evolution de la mortalité

- mortalité périnatale ..... 3 %
- mortinatalité 2 %
- mortalité néo-natale ..... 1,1 %

La mortalité de 1936 est très supérieure à celle de 1968. Pour cette raison, la comparaison avec les moyennes d'autres auteurs, portant sur des années récentes, n'est faite qu'à titre indicatif.

. Lacomme

- mortalité périnatale ..... 3,4 %

. Lepage (1957-1961 - Maternité Pinard)

- mortalité périnatale ..... 2,74 %
- mortinatalité ..... 1,18 %
- mortalité néo-natale ..... 1,57 %

. Maternité d'Aulnay-sous-Bois (1957-1963)

- mortalité périnatale ..... 5,2 %
- mortinatalité ..... 3,4 %
- mortalité néo-natale ..... 1,8 %

°°°

Des courbes montrent les variations de ces taux de 1936 à 1968.

La mortalité périnatale est passée de 4,4 % à 2,4 % de 1936 à 1968.

De la période 1936-1949 à la période 1950-1959, la décroissance a été rapide (4,4 à 3,3 %) (fig. 4). Pour la période 1960-1963, nous ne notons pas de progrès. 1963-1966 accuse une nouvelle progression (taux 1963-1966 : 2 %). Le

taux de la période suivante est par contre supérieur : 2,4 % (1).

La courbe de la mortinatalité est sensiblement parallèle à celle de la mortalité périnatale. De 1936 à 1968 elle a diminué de 60 % par rapport à son taux initial. Nous avons relevé pour comparaison dans une étude de l'INSERM les chiffres suivants :

- 1955-1959 : 1,7 % (Meulan : 2,2 %)
- 1960-1964 : 1,6 % (" : 2,3 %)
- 1965-1966 : 1,5 % (" : 1,2 %)

La mortalité néo-natale ne montre par contre aucune progression de 1936 à 1968.

°°°

Au total, les faits les plus importants qui marquent cette évolution sont les suivants :

- diminution de la mortalité périnatale de 1936 à 1968
- reprise de celle-ci ces deux dernières années
- stagnation de la mortalité néo-natale.

Comment pouvons-nous les interpréter ?

---

(1) Les taux que nous avons relevés, pour contrôle, dans les registres destinés à l'état-civil sont différents (1963-1966 : 2,5 % ; 1967-1968 : 2,7 %). Il est vrai que les critères justifiant l'enregistrement de ces décès ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux que nous avons adoptés pour cette étude.

La mortalité périnatale a diminué presque de moitié de 1936 à 1968. Elle est passée de 4,4 % à 2,4 %.

Nous pouvons attribuer ce progrès aux modifications des méthodes obstétricales, au sens le plus large de ce terme.

La faculté de pratiquer des césariennes avec des risques septiques réduits réalise une amélioration considérable. Elle permet l'épreuve du travail. Elle diminue de façon sensible le nombre des grandes extractions du siège et des forceps difficiles.

L'accouchement dirigé, tel qu'il est pratiqué actuellement semble diminuer dans une très large mesure le traumatisme obstétrical. Il apporte à la mère le minimum de sérénité qui lui permet un bon relâchement. Les différentes acquisitions de la pharmacologie permettent de régulariser le travail chez une femme bien préparée et de ce fait, l'approche de l'accouchement "optimum au minimum de puissance".

Une acquisition relativement récente de l'obstétrique nous semble avoir été un facteur de progrès extrêmement important. Il s'agit de la diffusion de la surveillance systématique des femmes pendant leur grossesse. Celle-ci a, en effet, un rôle de dépistage et de prophylaxie essentiel.

Elle permet la découverte de maladies générales, rénales ou métaboliques qui peuvent avoir une incidence sur la grossesse ou sur le foetus, telles les néphropathies, les syndromes toxémiques, le diabète, la syphylis.

Elle permet de prévoir certains dangers pour

l'enfant tels que les incompatibilités A B O et Rhésus.

Elle permet de prévoir et dans une certaine mesure, de compenser certains problèmes qui risquent de se présenter lors de l'accouchement : disproportion foeto pelvienne, présentations du siège, gémellaires, insuffisances respiratoires, cardiopathies, évitant ainsi les hasardeuses improvisations de dernière minute.

Elles permettent enfin de suivre l'évolution de la grossesse elle-même. C'est au cours de ces visites systématiques que sont découvertes les menaces d'avortement ou d'accouchement prématuré : signes de souffrance foetale chronique, insuffisance de hauteur utérine, hypercontractilité utérine, amenant à faire des bilans hormonaux et conduisant à des thérapeutiques adaptées.

A partir de 1966, la mortalité périnatale passe de 2 % à 2,4 %. Comment expliquer ce fait ?

L'accroissement considérable du nombre des étrangers, provenant surtout des pays en voie de développement (Africains, Nord Africains, Portugais) nous semblait pouvoir être en partie responsable. Nous avons étudié sur 344 cas pris dans les années 1965, 66, 67 et 68 la mortalité périnatale de cette fraction de la population. Le taux n'est que de 1,2 %. Ce chiffre très bas nous interdit d'expliquer de cette manière la légère élévation du taux de la mortalité périnatale.

Par contre, nous remarquons une très importante augmentation du nombre des enfants de

poids inférieur à 2.500 grammes à partir de 1966. Ce problème sera revu plus en détail lors de l'étude de l'évolution pondérale du nouveau-né. Entre 1963 et 1966, le nombre des enfants de poids inférieur ou égal à 2.500 grammes était de 5,4 %. A partir de 1966, il passe à 6,9 %. Or, le taux de mortalité des enfants de cette catégorie est très supérieur à celui de l'ensemble des autres nouveaux-nés. Dans notre étude, nous trouvons 18 % de mortalité pour les enfants dont le poids est inférieur à 2.500 grammes, contre 1,2 % pour l'ensemble des autres enfants.

La stagnation du taux de mortalité néo-natale s'explique en partie si nous examinons les causes de celle-ci. Dans plus de la moitié des cas sont responsables, par ordre de fréquence : la prématurité, les malformations congénitales et les traumatismes obstétricaux. Dans notre étude le taux des enfants prématurés est, on l'a vu, croissant. Le traitement des maladies congénitales graves reste très difficile et souvent aléatoire. Seul le troisième facteur peut avoir évolué de façon sensible.

D'autres études faites sur ce sujet ont conduit aux mêmes constatations.

° ° °

En dépit du caractère approximatif de cette étude, nous constatons une évolution de la mortalité foeto infantile parallèle à celle qui a été rapportée par d'autres.

Comme eux nous remarquons que la mortinatalité

est plus sensible au "progrès" que la mortalité néo-natale.

L'accroissement du nombre de prématurés semble expliquer en partie la réascension de la mortalité périnatale pendant ces deux dernières années.

-:-

EVOLUTION PONDERALE

DU NOUVEAU-NE

Evolution des méthodes obstétricales, acquisition de thérapeutiques nouvelles, diffusion de la surveillance des femmes pendant la grossesse : telles sont les acquisitions de l'obstétrique depuis trente ans.

Industrialisation d'une ancienne région agricole, modification profonde du mode de vie de la population, immigration massive de main-d'oeuvre étrangère : tel est le cadre mouvant dans lequel elle s'est produite.

Ces divers changements ont eu une incidence sur le déroulement de la grossesse et sur le nouveau-né. Nous venons de voir l'évolution de la mortalité. Nous allons voir maintenant celle du poids du nouveau-né, et, en particulier, par l'étude des poids faibles, celle de la prématurité.

Beaucoup d'autres aspects du nouveau-né mériteraient d'être étudiés : taille, taux de malformations, vitalité (grâce à un coefficient type Apgar), délai de reprise du poids de naissance. Ils ne peuvent l'être dans le cadre de cette étude et nous devrons nous limiter au problème des poids.

o°o

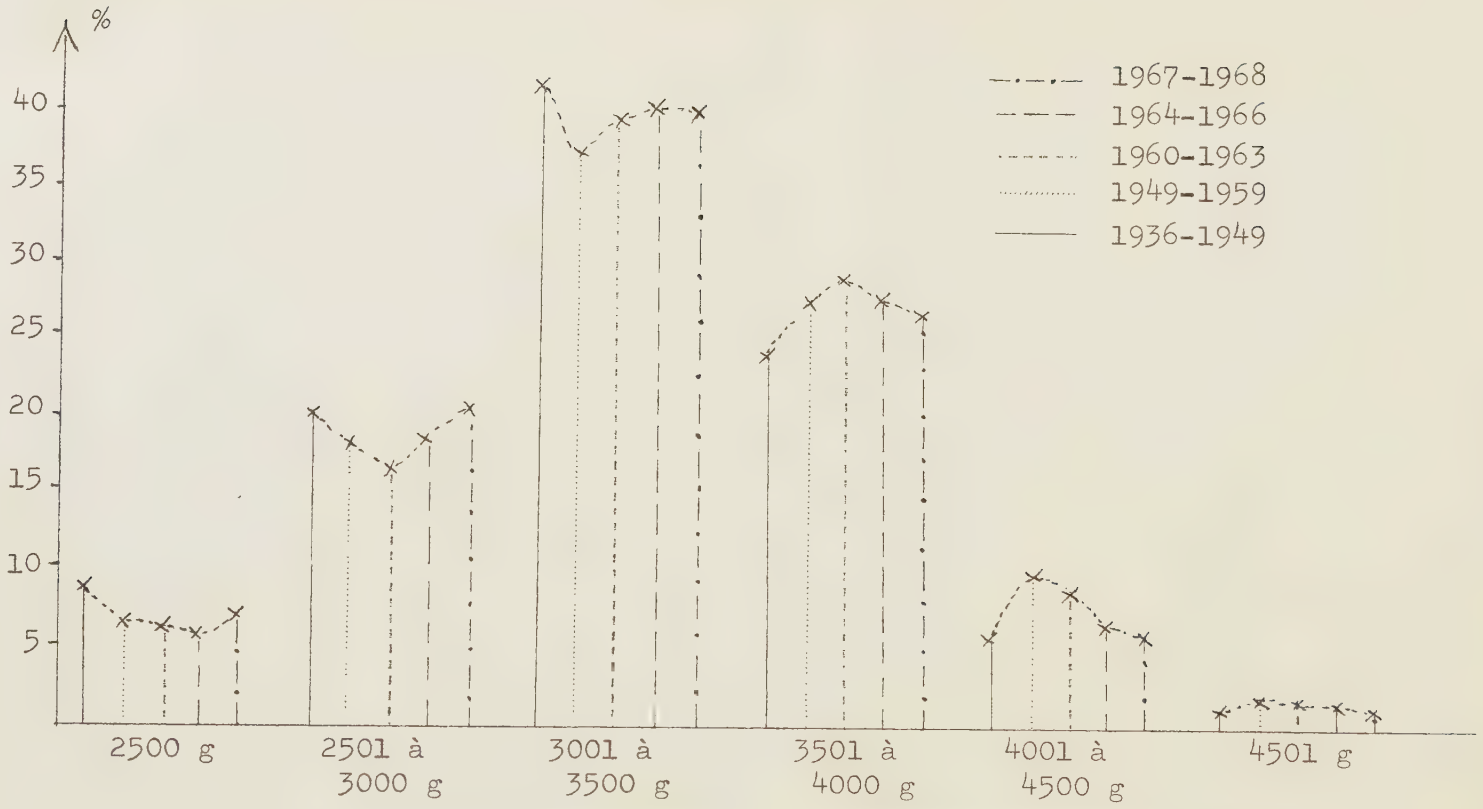


Fig. 5 - Evolution de la répartition des naissances en fonction du poids de 1936 à 1968

Nous envisagions initialement de faire une étude de l'évolution du poids moyen du nouveau-né. A l'usage, cette méthode s'est montrée pleine d'inconvénients.

- Il était difficile de faire la moyenne de valeurs aussi dispersées que peuvent l'être des poids d'enfants nouveau-nés.

- Cette méthode manquait de nuance, ne nous montrant pas le détail de l'évolution.

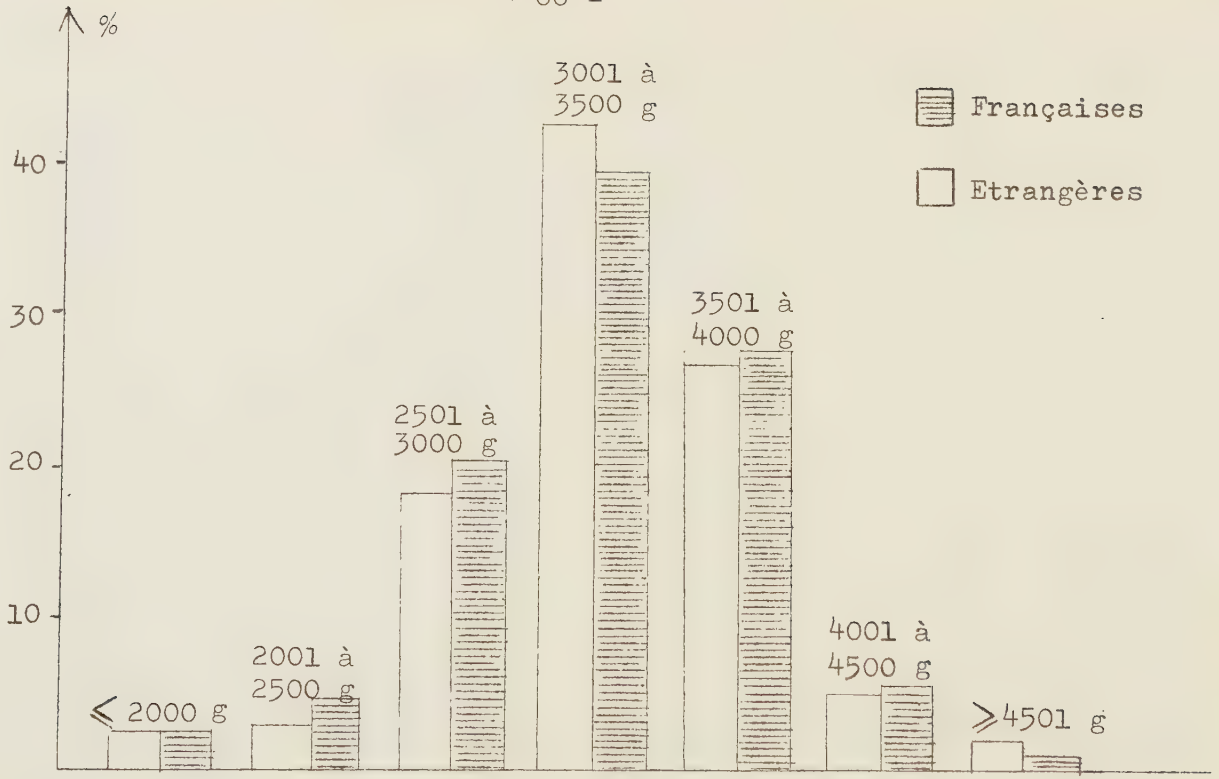
- Les prématurés nous posaient un certain nombre de problèmes : l'imprécision de nos observations ne nous permettait pas d'évaluer la prématurité par le terme de l'accouchement. Ceux-ci, cependant, perturbaient notre moyenne de façon sensible.

Nous avons donc procédé à une répartition des enfants selon leur poids de naissance et étudié les variations de celle-ci selon les périodes (fig. 5). Les classes de poids que nous avons envisagées sont les suivantes :

- inférieur ou égal à 2.500 g
- de 2.501 à 3.000 g
- de 3.001 à 3.500 g
- de 3.501 à 4.000 g
- de 4.001 à 4.500 g
- supérieur à 4501 g

Nous avons considéré tous les nouveau-nés, qu'il s'agisse de grossesses uniques ou de grossesses multiples, d'enfants vivants ou d'enfants morts.

Nous avons adopté, comme il est classique, un critère pondéral pour définir la prématurité,



Comparaison de la répartition des naissances en fonction du poids dans la population étrangère et dans la population française

assimilant ainsi les prématurés et les débiles. Nous avions tenté une étude particulière détaillée de la répartition de ces enfants. Elle ne nous pas apporté de résultats caractéristiques.

En raison du caractère souvent sommaire des observations qui nous ont servi de point de départ, nous avons fait à plusieurs reprises des restrictions sur la valeur de nos résultats. Les poids, par contre, sont constamment mentionnés avec précision. Nous sommes donc plus affirmatifs ici.

°°°

Est-il possible d'adopter la notion de poids "normal" ou de poids "optimum" ?

La mortalité périnatale en fonction du poids se répartit de la façon suivante, pour l'ensemble des accouchements effectués à la Maternité (nous comparons nos chiffres à ceux que communique l'INSERM dans une étude portant sur 2.900 cas).

- Inférieur ou égal à 2.500 g :		
	Meulan : 18 %	INSERM : 18,5 %
- 2501 à 3000 g	Meulan : 1,6 %	INSERM : 2 %
- 3001 à 3500 g	Meulan : 0,6 %	INSERM : 0,5 %
- 3501 à 4000 g	Meulan : 0,9 %	INSERM : 0,4 %
- 4001 à 4500 g	Meulan : 0,6 %	
- supérieur à 4.500 g	Meulan : 3 %	INSERM : 1 %

Elle est minimum pour les poids compris entre 3.001 et 4.500 grammes. Compte tenu du fait qu'à l'intérieur de cette zone de poids, plus

l'enfant sera petit, plus généralement le déroulement du travail sera facile, on peut admettre que le poids "optimum" se situe entre 3.001 et 3.500 grammes. D'ailleurs, si nous considérons la répartition du nombre des naissances en fonction du poids, nous voyons se dégager entre 3.001 et 3.500 grammes un taux de natalité particulièrement élevé (1).

Les progrès de l'obstétrique se traduiront-ils par une plus grande concentration des naissances autour de cette zone ?

°°°

Pour chaque catégorie de poids les courbes présentent un aspect diphasique.

Celle qui représente le pourcentage des enfants de poids inférieur ou égal à 2.500 grammes montre un fléchissement régulier de 1936 à 1966 (de 8,6 % à 5,4 %), suivi à partir de 1966 d'une reprise très sensible (5,4 à 6,9 %).

Entre 2.501 et 3.000, d'une valeur initiale de 20,3 %, le taux descend vers un minimum de 16,5 % (1949-1959), puis remonte au taux de 20 % (1966-1968).

Entre 3.001 et 3.500, l'aspect est semblable.

---

(1) Pour l'ensemble des naissances de 1936 à 1968, nous trouvons les chiffres suivants : inférieur ou égal à 2.500 g : 6,5 % ; 2.501 à 3.000 g : 18,5 % ; 3.001 à 3.500 g : 40 % ; 3.501 à 4.000 : 27 % : 4.001 à 4.500 : 7 % ; supérieur à 4.500 : 1 %.

Le taux initial est de 42,2 %. Entre 1949 et 1959, il atteint un minimum de 37,6 % puis remonte progressivement jusqu'à 40,3 %.

Pour les poids supérieurs à 3.500 g, les courbes présentent l'aspect inverse.

Entre 3.501 et 4.000 g, le taux initial est de 23,8 %. Il passe par un maximum de 28,7 % (1959-1963), puis diminue lentement jusqu'à 27,3 %.

De 4.001 à 4.500, l'aspect est semblable. Pour 1936-1949, le taux est de 5,3 %. Il monte rapidement à 9,3 % (1949-1959), puis diminue rapidement et atteint 5,5 %.

Pour les enfants dont le poids est supérieur à 4.500 g, les taux sont peu élevés et les variations peu amples. Elles respectent cependant l'aspect général, diphasique avec un maximum.

°°°

Si nous considérons l'ensemble des graphiques, nous constatons les faits suivants :

- De 1936 à 1949, la proportion des enfants de poids inférieur à 3.500 g était importante. Celle des enfants de poids supérieur était faible. La répartition des naissances se faisait au profit des poids faibles.

- De 1950 à 1963, les différences dans la répartition tendent à s'atténuer.

- A partir de 1963, nous constatons de nouveau une diminution du taux des enfants de poids supérieur à 3.500 g au profit de ceux de poids

inférieur. La répartition des naissances tend de nouveau à avantager les enfants de poids faible.

Plusieurs facteurs nous semblent susceptibles d'expliquer ces faits.

Nous avons, à plusieurs reprises, évoqué l'industrialisation de notre région. Celle-ci a eu sur le mode de vie de la population un retentissement impossible à évaluer.

La vie en zone d'habitat concentré, la médiocrité des revenus qui est la règle dans notre région, le travail des femmes à l'extérieur, la fréquence et la longueur des transports ne sont pas compensés par les avantages que représente ce mode de vie par rapport à celui qu'ont connu les femmes de 1936. Sans faire de jugement de valeur, on peut penser qu'il est responsable pour une grande part de l'accroissement du taux des enfants de faible poids, que nous notons depuis 1960.

Nous avons remarqué un taux d'immigration important depuis quelques années. On était en droit de penser qu'il était responsable en partie de cette évolution. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons comparé la répartition des poids de 1.865 enfants de parents français (années 1967-1968) et de 344 enfants issus de parents étrangers (années 1965, 66, 67 et 68), pour la plupart Nord-Africains, Africains, accessoirement Portugais et Espagnols. Contrairement à notre attente (fig. 5), nous avons remarqué que dans cette population, nous notons plus de naissances dans la catégorie "optimum" de 3.001 à 3.500 g (42,5 % contre 39,2 %) et moins dans les catégories 2.001-2.500 (2,9 contre 4,5 %) et 2.501-3.000 (18 % dontre 20,1 %) que dans la population autochtone.

L'immigration ne peut donc être tenue pour responsable de cette évolution.

Le facteur nutritionnel a peut-être joué un rôle non négligeable. De 1936 à 1945, la France était en guerre. De 1946 à 1950, les effets de celle-ci se faisaient encore sentir. L'importance relative du taux des enfants de faible poids et celui peu élevé des gros enfants peut s'expliquer par les restrictions alimentaires et les conditions de vie particulièrement difficiles que subissait alors la population.

Par la suite, l'abondance revenant, les femmes retournent aux coutumes alimentaires d'avant-guerre. Le taux des enfants petits diminue et celui des plus gros augmente de nouveau.

Dans un troisième temps commence à se manifester une certaine méfiance à l'égard de la suralimentation pendant la grossesse. Les femmes, se faisant suivre régulièrement, sont incitées à se restreindre de ce point de vue. Ceci conditionne un nouveau déplacement de la natalité vers les faibles poids.

D'autres facteurs entrent certainement en jeu. Leur évolution mal systématisée gêne leur analyse : âge des mères, situation matrimoniale de celles-ci. L'usage du tabac, bien qu'il ne semble pas très répandu dans notre population peut jouer un rôle également.

Un dernier facteur sur lequel on insiste généralement moins nous semble très important.

Une diminution du poids du nouveau-né peut être considérée comme bénéfique jusqu'à 3.000 g. Nous avons par contre constaté, au-dessous de ce poids, un accroissement de la mortalité. Or,

le taux des enfants de moins de 3.000 g et même de moins de 2.500 g augmente de façon considérable au cours des dernières périodes. Ceci, a priori décevant, peut être interprété cependant comme un progrès.

Les acquisitions qu'a fait l'obstétrique, en particulier l'enrichissement de ses moyens diagnostiques et thérapeutiques ont permis de mieux dépister les grossesses menacées et de les prolonger. Telle femme qui aurait avorté avant le sixième mois verra sa grossesse prolongée jusqu'au septième, huitième ou même neuvième mois. Ils ont permis également à des femmes qui n'auraient pas été fécondables il y a trente ans, de l'être aujourd'hui grâce aux moyens thérapeutiques qui traitent leur stérilité, ou lèvent ce qui aurait été une contre-indication de grossesse.

Ces grossesses difficiles, en raison de l'affection de la mère ou de celle du foetus, donnent souvent naissance à des enfants prématurés ou petits.

L'accroissement de la proportion de ces enfants se ferait donc en dernière analyse, au détriment des avortements spontanés et des stérilités.

Nous n'émettons qu'une hypothèse dont la vérification, impossible dans le cadre de cette étude, ne pourrait se faire qu'à une très grande échelle.

°°°

A priori étonnés par des résultats différents de ceux que nous attendions, à savoir que les

enfants d'aujourd'hui ne sont pas "moins gros" que ceux de 1936, nous comprenons mieux ce phénomène en considérant que le début de notre étude correspond à la deuxième guerre mondiale qui fut une époque où les conditions de vie étaient difficiles et l'alimentation quelquefois problématique.

Après une période intermédiaire de "gros enfants", nous constatons l'évolution que nous attendions, c'est-à-dire une diminution du poids des enfants, due entre autres, à l'évolution du mode de vie et aux nouvelles coutumes diététiques de la femme enceinte.

L'augmentation très sensible du taux des enfants de poids inférieur à 3.000 g, a priori défavorable, peut s'expliquer par l'augmentation du nombre des grossesses créées ou entretenues grâce à des moyens thérapeutiques. Elles se déroulent dans des conditions difficiles, ne peuvent pas toujours être menées à terme et aboutissent souvent à la mise au monde d'un enfant hypotrophique.

Malgré le taux de mortalité élevé qui frappe cette catégorie d'enfants, on peut considérer que cette évolution est favorable, se faisant non pas au détriment des enfants de poids normal, mais des avortements et des stérilités.

-:-

EVOLUTION DES ASPECTS DE LA NATALITE

DE 1936 à 1968

Dans le contexte démographique particulier de notre région, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier une éventuelle évolution dans les aspects de la natalité.

D'emblée s'imposent trois réserves :

- 8.800 naissances et trente années de recul ne constituent pas un matériel considérable pour une étude de ce type.

- De 1936 à 1949, l'accouchement à domicile soustrait une fraction importante de la population à notre étude, et ceci de façon non homogène. Les femmes âgées, les grandes multipares seront celles qui, probablement accoucheront le plus volontiers chez elles.

- Les résultats que nous obtenons n'ont de valeur que pour notre région, dont la physionomie est très particulière.

Nous étudierons successivement l'évolution des points suivants :

. Répartition des naissances en fonction de la parité des mères ;

Fig. 7 -

Répartition des naissances entre les parités (1936-1968)

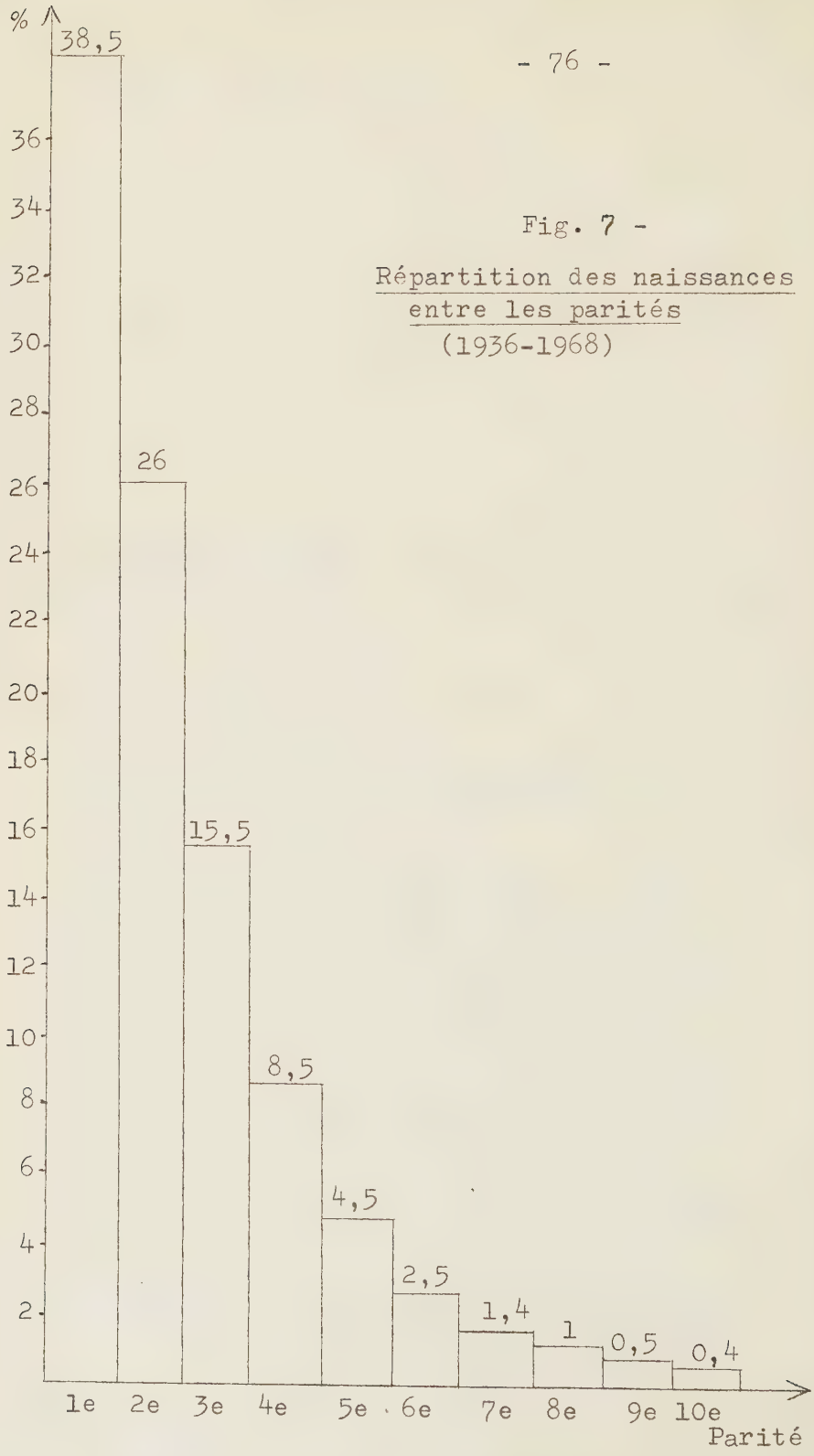
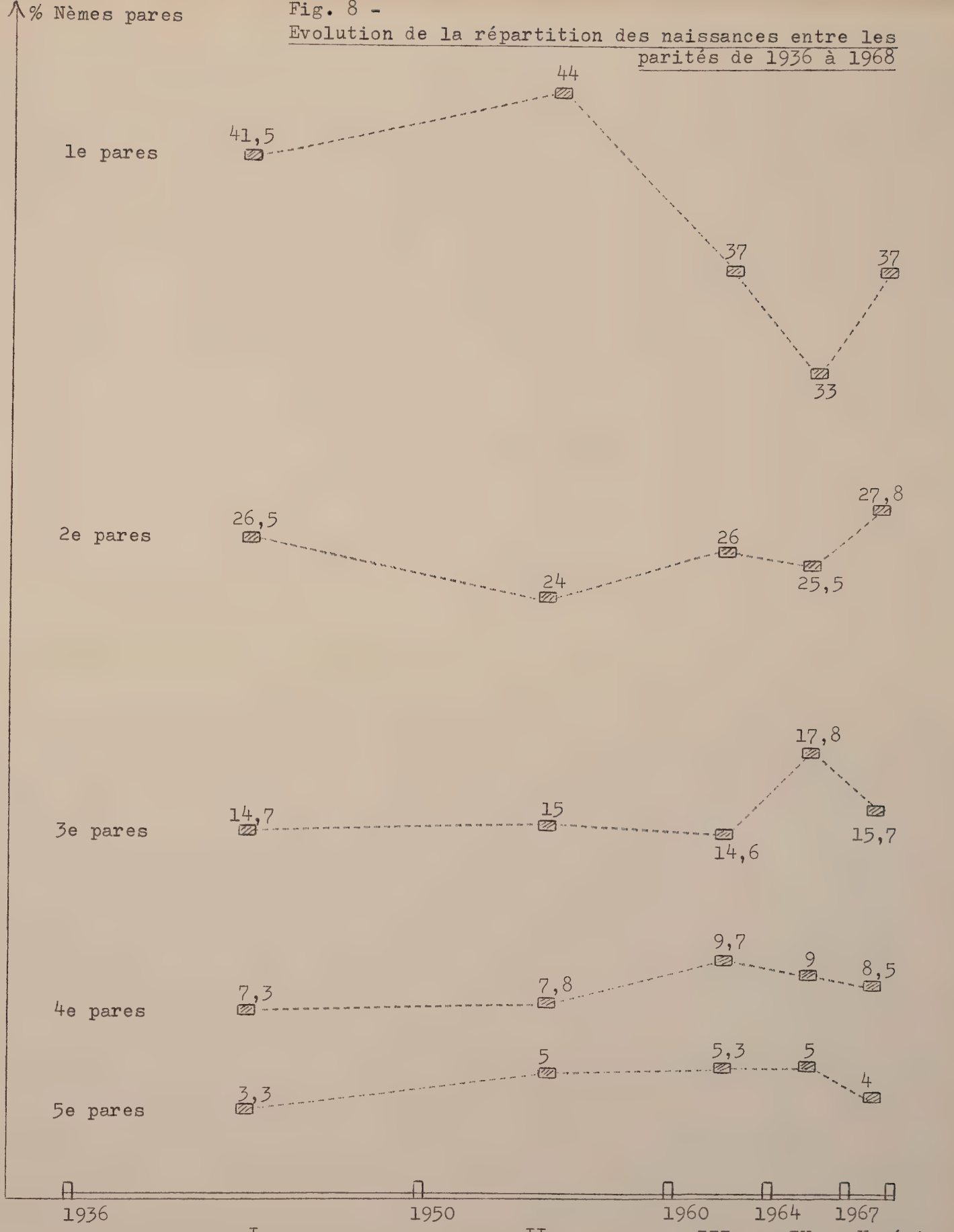


Fig. 8 -
Evolution de la répartition des naissances entre les parités de 1936 à 1968



1e 2e 3e 4e 5e 6e 7e 8e 9e 10e

Parité

. répartition des accouchements selon l'âge des parturiantes ;

. répartition des primipares en fonction de leur âge.

REPARTITION DES NAISSANCES EN FONCTION DE LA PARITE DES MERES

Un graphique portant sur l'ensemble des naissances depuis 1936 nous montre la rapide décroissance du taux de celles-ci avec l'augmentation de la parité (fig. 7) :

- 38 % des naissances sont dues à des primipares
- 26 % à des deuxièmes pares
- 16 % à des troisièmes pares
- moins de 10 % à des parités supérieures
- 50 % sont dues aux premières et deuxièmes pares réunies
- plus de 80 % aux premières, deuxièmes et troisièmes pares réunies.

Pour chaque période nous avons procédé à une répartition de ce type. Pour plus de clarté, nous avons groupé nos résultats sur un seul graphique (fig. 8).

°°°

Entre 1936 et 1959, 40 % des nouveau-nés sont des premiers et 25 % des seconds. Cet écart de 15 % est le plus grand que nous trouvions de 1936 à 1968. Il semble qu'à cette période, les femmes qui n'ont pas d'enfant dési-

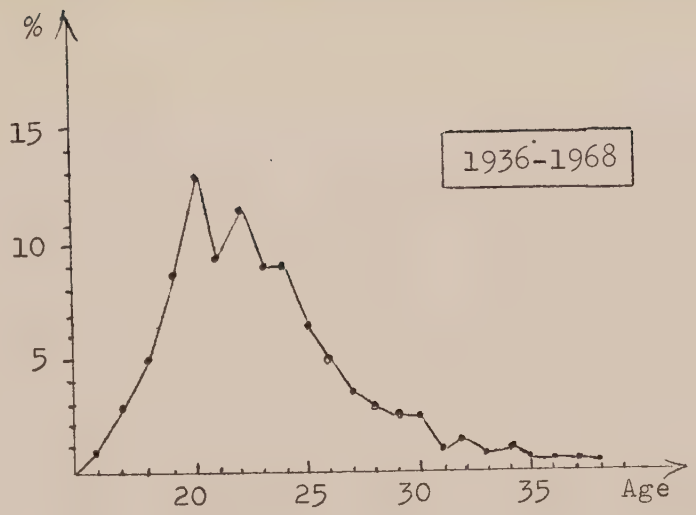
rent en avoir un, tandis que celles qui en ont déjà un n'en souhaitent pas de second, de façon temporaire ou définitive. Les raisons de ce fait sont difficiles à apprécier. De 1936 à 1945, la guerre est probablement responsable de cet état de choses. Par la suite son souvenir a peut-être laissé aux parents un sentiment d'insécurité. Le conflit algérien a également peut-être joué un rôle.

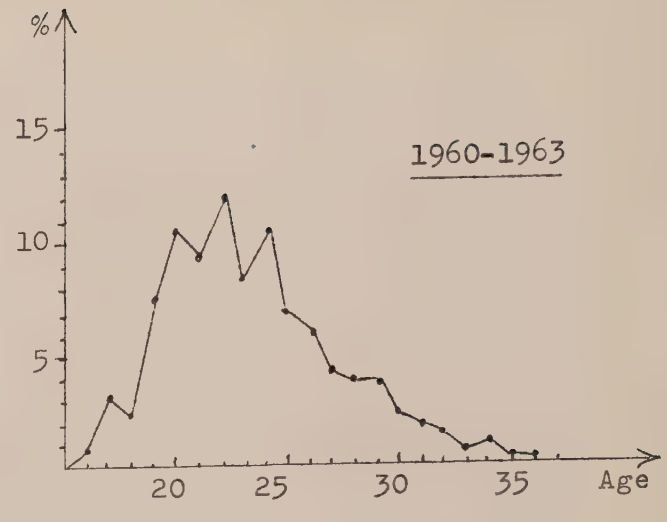
De 1960 à 1966, le taux des primipares diminue au profit de ceux des deuxièmes, troisièmes et quatrièmes pares. Peut-être ceci traduit-il un certain optimisme dans les foyers, la guerre n'étant plus qu'un souvenir lointain, la vie devenant plus aisée. Peut-être aussi ce changement est-il dû aux modifications profondes que subit la population de Meulan et des environs.

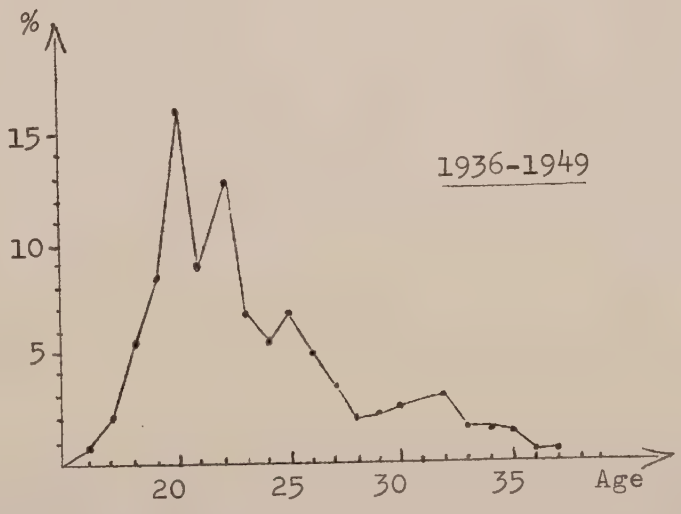
A partir de 1967, on note une reprise simultanée de la natalité chez les premières et secondes pares, au détriment des parités supérieures. Ces faits peuvent s'expliquer par la publicité qui est faite autour des procédés de régulation des naissances depuis quelques années. Cette tendance traduirait alors une évolution vers une famille "sur mesure", la famille de deux enfants.

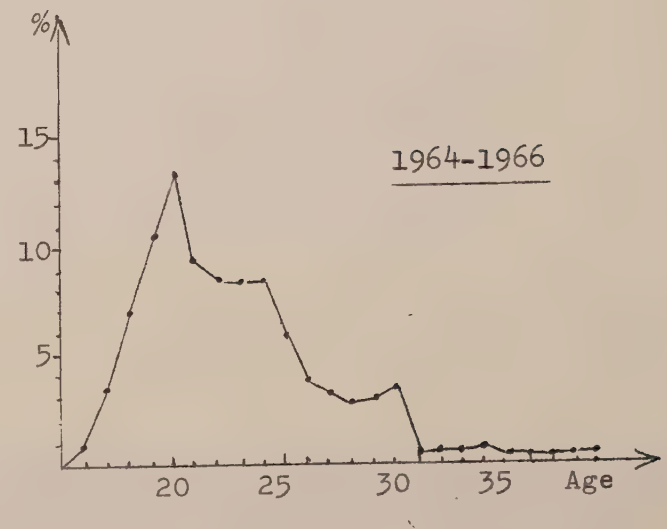
EVOLUTION DE LA REPARTITION DES NAISSANCES SELON L'AGE DES PARTURIANTES.

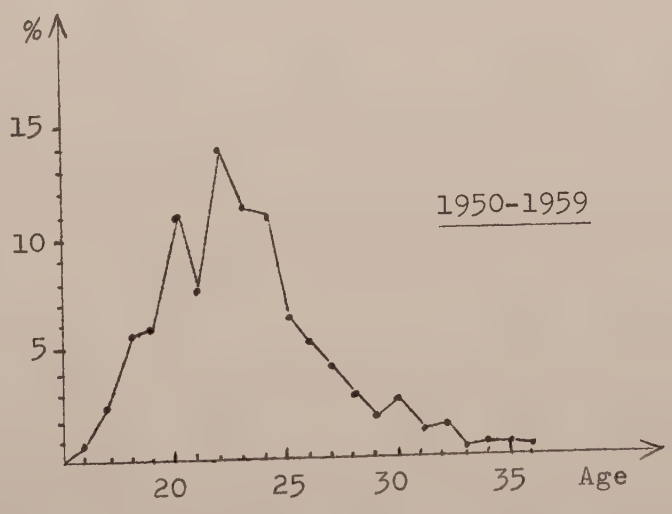
Un premier graphique, portant sur l'ensemble des accouchements effectués à la maternité depuis 1936, met en évidence les éléments essentiels de la distribution des accouchements en fonction de l'âge des femmes.











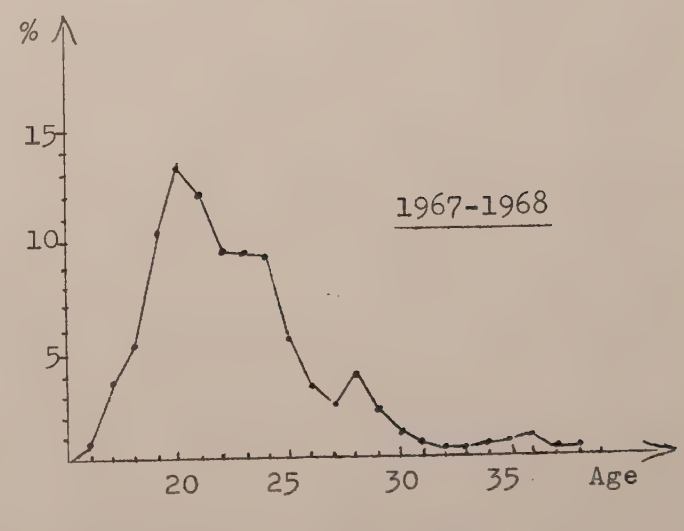


Fig. 10 - Répartition du taux des Premières pares selon l'âge

La répartition est la suivante (fig. 9) :

- 68 % des accouchements se situent entre 20 et 30 ans
- 8 % avant 20 ans
- 24 % après 30 ans.

A l'intérieur de la décennie allant de 20 à 30 ans, la courbe présente des pics très nets. Le premier se situe à vingt ans, le deuxième à vingt deux ans, le troisième à vingt cinq ans et le dernier à trente ans.

Après cet âge, le taux de natalité descend progressivement jusqu'à quarante sept ans, âge au-delà duquel nous ne notons plus aucune naissance.

°°°

Pour la période 1936-1949, le nombre restreint d'accouchements donne à la courbe un aspect irrégulier qui gêne son interprétation. Elle présente un aspect très accidenté et nous notons une grande concentration des naissances aux âges qui, sur la courbe générale, correspondent à des maximas : 20 ans, 22 ans, 25 ans, 30 ans et 32 ans.

La courbe de la période 1950-1959 présente un aspect plus régulier. Elle nous montre, par rapport à la précédente, une très forte diminution de la natalité à l'âge de vingt ans, et, par contre, une très forte concentration entre vingt deux et vingt quatre ans.

Pour la période 1960-1963, la courbe présente un aspect plus étalé. On note une atténuation des pics. Ceux de vingt et vingt deux ans ont

disparu, remplacés par d'autres à vingt quatre et vingt huit ans.

Entre 1964 et 1966, on note, comme à la période précédente, un étalement des naissances entre vingt et trente ans. Le pic de vingt ans réapparaît. Deux autres sont notés à vingt trois et vingt cinq ans. Ce dernier représente le taux de natalité le plus élevé.

Pour les années 1967-1968, on assiste de nouveau à un déplacement de la natalité vers la gauche, qui s'amorçait déjà à la période précédente. Le maximum de 20 ans s'étale sur 20 et 21 ans. Après un léger fléchissement, on note un nouveau maximum portant sur vingt trois et vingt quatre ans. A partir de vingt quatre ans la natalité décroît progressivement.

°°°

Sur l'ensemble de ces graphiques, nous voyons que certains éléments sont invariables tandis que d'autres évoluent.

Les parturiantes les plus jeunes sont âgées de quinze ans.

De quinze à vingt ans le nombre d'accouchements s'accroît régulièrement et rapidement.

La période privilégiée de la maternité se situe entre vingt et trente ans.

Sur les quatre maximums de natalité que nous retrouvons de façon presque constante, les deux premiers, à vingt et à vingt deux ans semblent dus essentiellement aux premières et aux

deuxièmes pares. Nous les retrouvons en étudiant en détail ces parités. Ceux de vingt cinq et trente ans sont dus aux parités supérieures.

A partir de trente ans, la natalité décroît de façon lente et irrégulière. Elle se prolonge jusqu'à l'âge ultime de quarante sept ans. Celui-ci semble bien constituer une limite significative. En effet, nous ne notons aucune naissance au-delà, alors qu'à cet âge nous en trouvons à de nombreuses reprises.

Si nous comparons les courbes des différentes périodes, nous constatons qu'entre 1949 et 1963 se produit un recul de l'âge moyen des accouchées : antérieurement située entre vingt et vingt cinq ans, la zone de natalité maximale se concentre entre vingt deux et vingt cinq ans. Lors de l'étude des primipares nous retrouverons le même phénomène. Nous pensons pouvoir en partie l'attribuer à la guerre d'Algérie qui éloignait de leurs foyers les hommes de vingt à vingt deux ans.

Si nous comparons la courbe de la période 1936-1949 aux autres, nous sommes frappés de voir l'importance considérable des pics qu'elle présente à certains âges, au détriment des autres. On peut se demander si à cette époque les dates du mariage et des maternités n'obéissaient pas à des impératifs extérieurs, dans une certaine mesure immuables (service militaire, fin d'apprentissage, de scolarité) dont ensuite l'influence se serait atténuée.

REPARTITION DES ACCOUCHEMENTS DES PRIMIPARES EN FONCTION DE L'AGE - EVOLUTION.

Nous avons vu antérieurement que 38 % des accouchées étaient des primipares. Pour cette raison, ce paragraphe présente de nombreuses analogies avec le précédent.

o°o

Un graphique portant sur l'ensemble des primipares de 1936 à 1968 nous montre les caractéristiques essentielles de la répartition de celles-ci en fonction de l'âge (fig. 10).

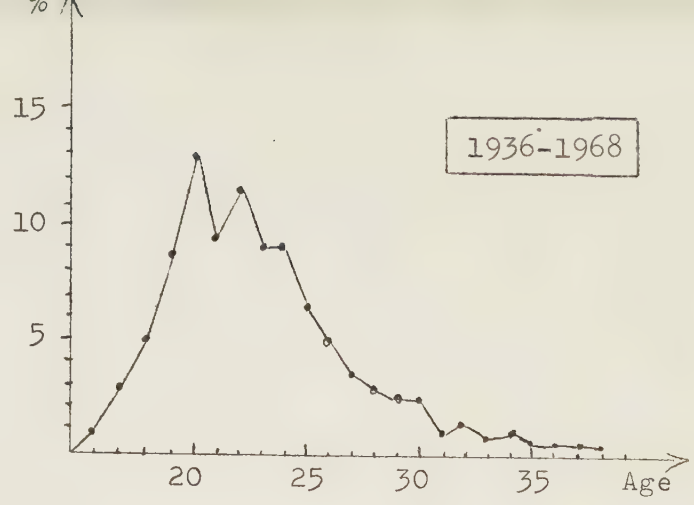
L'âge minimum de la primipare est de quinze ans.

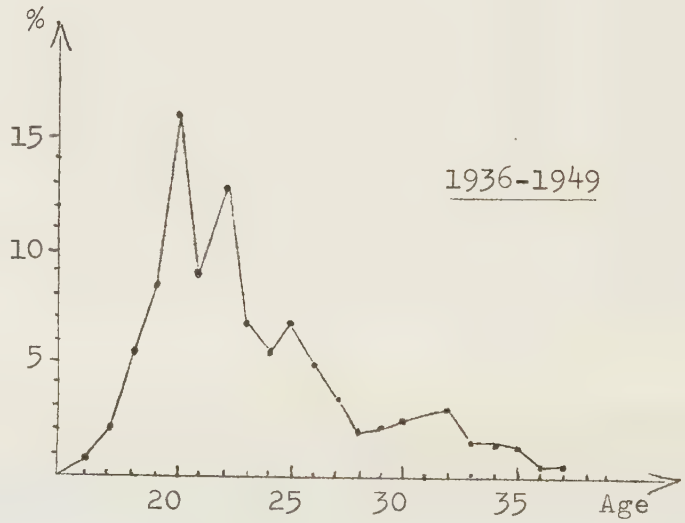
Soixante pour cent des primipares ont entre dix neuf et vingt quatre ans. A l'intérieur de ces cinq années, les taux les plus élevés se situent à vingt et vingt deux ans.

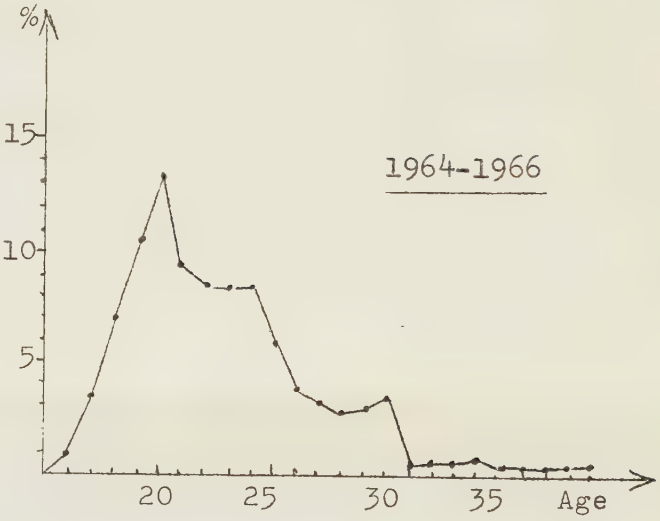
Après vingt quatre ans on note une défférvescence progressive qui se prolonge au-delà de quarante ans. Elle est marquée entre trente et trente cinq ans par une série d'accidents.

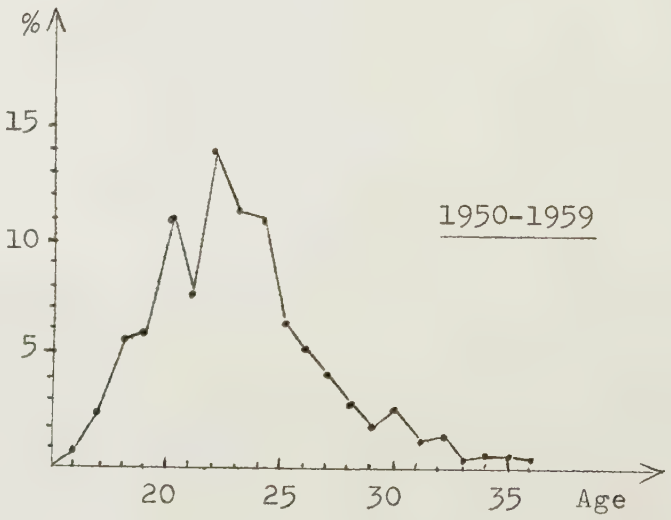
Les graphiques suivants nous montrent le détail de la distribution à chaque période (fig. 10).

Entre 1936 et 1949, on note une concentration des premières naissances entre vingt et vingt deux ans, suivie d'une défférvescence brutale.









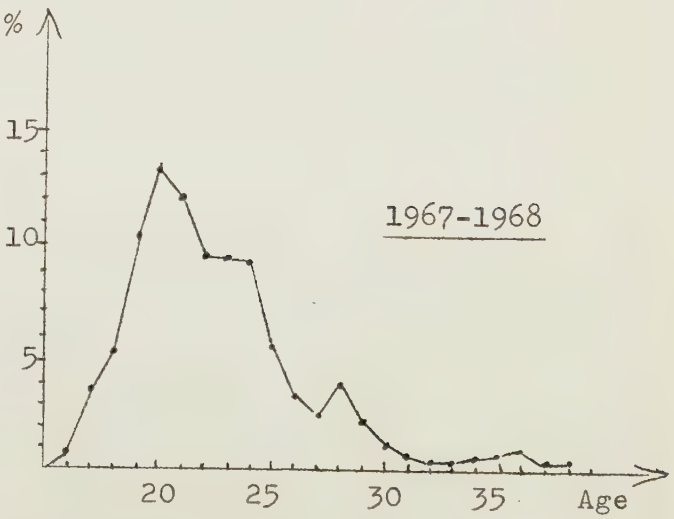


Fig. 10 - Répartition du taux des Premières pares selon l'âge

Au delà de trente ans, on note des taux élevés par rapport à ceux des périodes suivantes. A cette époque les femmes qui se faisaient le plus volontiers hospitaliser étaient celles dont l'accouchement risquait de poser des problèmes : les primipares âgées en particulier.

Les analogies qui existent entre les courbes des périodes 1949-1959 et 1960-1963 nous autorisent à les étudier ensemble.

Nous notons un décalage vers la droite de la zone de natalité maxima. Antérieurement située entre dix neuf et vingt quatre ans, elle se concentre ici entre vingt et vingt quatre ans. A l'intérieur de cette zone on note également un déplacement des pics. Les taux de natalité maximale se situent ici à vingt deux et vingt quatre ans et non plus vingt et vingt-deux ans comme précédemment.

Au delà, la natalité des primipares diminue rapidement.

Les courbes de 1964-1966 et 1967-1968 sont également superposables et seront aussi vues ensemble.

Par rapport à la période précédente, nous constatons un déplacement des maximums vers la gauche. Ici les primipares se concentrent entre dix neuf et vingt et un ans. Le pic de vingt ans a totalement disparu et nous constatons, au contraire, un étalement des taux de vingt deux à vingt-quatre ans, avec, au-delà, une chute rapide.

Vers l'âge de trente se situe, comme pour les

autres périodes, une augmentation transitoire du taux de primiparité.

o°o

Au terme de cette analyse, il est possible de mettre en valeur un certain nombre de faits :

- Les plus jeunes primipares ont quinze ans. Dans cette étude, nous n'en avons pas relevé de plus jeunes. Nous avons par contre remarqué qu'à chaque période plusieurs avaient cet âge. Il correspond sans aucun doute à une réalité.

- L'âge habituel des primipares se situe entre dix neuf et vingt quatre ans, avec deux pics maximum, l'un à vingt ans, l'autre à vingt deux ans.

- Au delà de vingt-quatre ans, leur nombre diminue rapidement. Il remonte légèrement mais constamment vers trente ans. Cet âge correspond-t-il à celui des mariages tardifs ? Certaines femmes ayant hésité à avoir des enfants jusque là, hésitent-elles à adopter cette attitude de façon définitive, ou n'atteignent-elles qu'à cet âge leur fécondité maximale ?

- L'âge extrême de la primipare n'est pas bien défini. Il oscille selon les périodes entre trente neuf et quarante trois ans.

Entre 1936 et 1968, l'âge de la primipare varie de façon très nette. Cette variation porte sur un très petit nombre d'années.

Avant 1949 les taux élevés de primipares se concentrent entre vingt et vingt deux ans.

De 1949 à 1963 ils s'étendent de vingt à vingt quatre ans.

A partir de 1964, on remarque une nouvelle avance de l'âge des primipares, avec une concentration maximale entre dix neuf et vingt et un ans, puis un plateau qui s'étend de vingt deux ans à vingt quatre ans.

Le recul ainsi dessiné entre 1950 et 1963 est dû, probablement, à la guerre d'Algérie qui éloignait les hommes jeunes de leurs foyers.

L'aspect régulier et homogène que présentent les courbes de 1963-1966 et 1967-1968, ainsi que leur grande similitude est particulièrement frappant. Il contraste avec l'aspect irrégulier de celles des périodes précédentes. Peut-être la population de la région de Meulan s'est-elle stabilisée. Cela semble peu probable. Peut-être plutôt, la natalité n'obéit-elle plus comme elle le faisait autrefois aux impératifs extérieurs que nous avons déjà vus, mais se répartit-elle spontanément selon un schéma dont le déterminisme nous est inconnu.

Ces interprétations ne sont, bien entendu, que des hypothèses.

°°°

Cette étude porte sur 2.800 primipares. Ce chiffre est modeste pour permettre une étude statistique raisonnable. Les éléments que nous

avons obtenus nous semblent cependant assez significatifs et permettent de penser qu'une étude semblable, faite sur une grande échelle, donnerait des résultats très précis.

-:-

CONCLUSIONS

L'Hôpital de Meulan a plus de douze siècles. Il est probable que depuis le premier jour, parmi les vagabonds et les indigents qui s'y sont réfugiés ont figuré des femmes isolées sur le point d'accoucher. Cependant la Maternité n'a pas plus d'un demi-siècle d'existence.

En un demi-siècle, le nombre annuel d'accouchements a plus que deux fois décuplé. Cet accroissement est la conséquence de l'essor démographique de la région et de la généralisation de l'accouchement en maternité. Avant la guerre, en effet, la population de Meulan et des environs était presque entièrement paysanne et la coutume générale était d'accoucher "à domicile". Aujourd'hui le phénomène est exactement inverse.

L'accouchement en milieu obstétrical est maintenant un fait acquis. L'orientation industrielle de la région est engagée. L'essor de la Maternité doit se prolonger.

Il serait souhaitable, pour répondre aux besoins locaux et aux exigences de l'obstétrique actuelle de la voir prendre de l'expansion et se moderniser encore.

o°o

La progression du nombre des femmes se faisant surveiller pendant leur grossesse, l'amélioration des techniques obstétricales et l'enrichissement de l'arsenal thérapeutique qui se sont produits depuis trente trois ans ont permis à la mortalité périnatale de diminuer d'un tiers environ. Cette diminution concerne davantage la mortinatalité que la mortalité néonatale. Celle-ci est peu sensible aux efforts déployés, sans doute à cause des étiologies dont habituellement elle relève.

On peut espérer pour les années à venir, une diminution encore plus nette de la mortalité périnatale.

Cependant, il nous semble que l'évolution du taux de la mortalité périnatale ne soit pas suffisante pour définir les progrès de l'obstétrique.

Des enfants, sans doute, voient le jour aujourd'hui qui, en 1936, ne seraient pas nés, soit en raison d'une stérilité de la mère, impossible à traiter il y a trente ans et curable aujourd'hui, soit parce que l'avortement qui se serait autrefois produit avant la fin du deuxième trimestre, peut être évité aujourd'hui. Certes, ces grossesses évoluant sur des terrains peu favorables, pèsent lourdement sur les statistiques par la mortalité élevée des enfants qu'elles produisent. Ceux-ci sont en effet souvent hypotrophiques et habituellement fragiles.

Pourtant ces naissances constituent un progrès.

Nous croyons pouvoir remarquer une évolution dans ce sens. Le pourcentage des enfants dont le poids est inférieur à 3.000 grammes, qui sont

a priori fragiles, s'accroît de façon extrêmement sensible.

Il serait intéressant, sur des bases statistiques plus solides, de faire une étude dans cette direction.

Une analyse détaillée de l'évolution pondérale du nouveau-né nous montre que, après une période intermédiaire de "gros enfants", nous notons un retour du poids du nouveau-né vers ce qu'il était aux alentours de 1940-1945. Ce qui était logique pendant la guerre, en raison de la sous-alimentation habituelle et des conditions de vie difficiles auxquelles étaient soumises les populations, semble plus curieux en 1968. La révolution économique et sociale qui en trente ans a marqué notre région, avec toutes ses conséquences sur le mode de vie, est sans doute responsable de cet état de choses. La méfiance qui actuellement se manifeste à l'égard de la suralimentation pendant la grossesse, succédant à une tendance tout à fait inverse, joue peut-être également un rôle.

°°°

Les chapitres portant sur des problèmes démographiques concernant la région de Meulan ne montrent pas de révolution dans les "moeurs" natalistes depuis 1936.

Nous avons pu remarquer cependant de 1950 à 1963 des modifications que nous pensons pouvoir être attribuées à la guerre d'Algérie et à la longueur du service militaire à cette époque.

Par ailleurs, deux tendances semblent se dégager actuellement. D'une part un accroissement

des taux des premières et secondes pares au détriment des parités supérieures, pouvant traduire une évolution vers la famille de deux enfants. D'autre part, un aspect plus systématisé de la répartition des primipares en fonction de l'âge.

Ceci évoquerait une évolution vers une natalité que l'on pourrait qualifier de "sur mesure".

La diffusion des procédés de régulation des naissances et le succès des contraceptifs, importants dans notre région, pourraient être une explication de ces phénomènes.

Il serait intéressant de reprendre cette étude dans quelques années avec un recul plus grand.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : F. LEPAGE

Vu :
Le Doyen honoraire,
Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine :
Signé : G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

LACOMME - Patrique obstétricale.

LEPAGE, BOESWILLWALD, JUBECOURT, BIGEY - La mortalité périnatale à Pinard de 1957 à 1961.

TORRE - Activité obstétricale de la Pitié pendant l'année 1961.
Thèse Paris, 1965.

LABOUR - Etude statistique portant sur 3.186 accouchements effectués à la Maternité clinique du C.H.R.N. de 1951 à 1956 inclus.
Thèse Paris, 1956.

MAZEROLLES - Fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié en 1965.
Thèse Paris, 1966.

FAUCHER RECOURAT - Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité de l'Hôtel-Dieu en 1965.
Thèse Paris, 1966.

CHIALE - Fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière année 1961.
Paris, 1962.

GRANGE - Etude statistique comparée de l'acti-

vité obstétricale de la clinique Tarnier pendant les années 1946 et 1958.
Thèse Paris, 1959.

VIEL - Activité obstétricale du service de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié pendant l'année 1959.
Thèse Paris.

KLEIN - Fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié pour l'année 1955.
Thèse Paris, 1959.

GINESTE - Fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié pour l'année 1956.
Paris, 1958.

WAGNER - Le fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital Rothschild, 1952.
Thèse Paris, 1952.

CROZE CASTET - Evolution démographique du département de la Seine de 1935 à 1955.
Paris, thèse, 1956.

DAMAMME - Etude statistique de l'activité obstétricale d'une Maternité de banlieue récemment ouverte pendant les six premières années.
Thèse, Paris, 1963.

WAUTIER - Contribution à l'étude statistique de l'activité de la Maternité du centre hospitalier de Versailles pendant les années 1956, 1957 et 1958.
Thèse, Paris 1959.

CHARLEIX - Etude statistique sur les interventions pratiquées à la Maternité du centre hospitalier régional de Reims de 1950 à 1959.
Thèse, Paris 1960.

REVUE DU PRATICIEN - 1er novembre 1969, T. XIX, n° 28. INSERM . Prévention chez la mère et chez l'enfant.

-:-